

DEMOGRÁFIA

62. ÉVFOLYAM, 2-3. SZÁM

Budapest
2019

Az MTA Demográfiai Bizottsága és
a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
Folyóirata
Alapítás éve: 1958

A Population Quarterly of the Committee for Demography
of the Hungarian Academy of Sciences
and the Hungarian Demographic Research Institute
Founded in 1958

A szerkesztő bizottság tagjai | Editorial board
BARTUS Tamás, BUKODI Erzsébet, DÖVÉNYI Zoltán, ELEKES Zsuzsanna, GÁBOS András,
GÁL Róbert Iván, GÁRDOS Éva, JANKY Béla, JÓZAN Péter, HOÓZ István, KOVÁCS Erzsébet,
RÓBERT Péter, SPÉDER Zsolt (elnök), TAKÁCS Judit, TOMKA Béla, TÓTH Pál Péter, VALUCH Tibor

Szerkesztőség | Editors
KAPITÁNY Balázs főszerkesztő | editor-in-chief
ŐRI Péter szerkesztő | editor
MURINKÓ Livia szerkesztő | editor
PAKOT Levente szerkesztő | editor
TÖRŐ Ágnes szerkesztőségi titkár | editorial Secretary

A kiadvány a Magyar Tudományos Akadémia támogatásával készült.

Kiadja a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
Felelős kiadó: Spéder Zsolt igazgató

Olvasószerkesztők: Majoros Györgyi, Törő Ágnes és Bada Csilla
Design: Anagraphic
Tördelőszerkesztő: Simonné Horváth Gabriella
ISSN 0011-8249

TARTALOMJEGYZÉK

TANULMÁNYOK

Murinkó Livia: A felnőtté válás életúttípusai, előzményei és kimenetei a 2000-es években Magyarországon	153
Szabó Laura: Gyermektelenség és iskolai végzettség összefüggései Magyarországon	199
Lábadi Beatrix – Pohárnok Melinda: A születési kohorszvizsgálatok pszichológiai kérdései	235
Bálint Lajos – Boros Julianna – Bakacs Márta: Az önbevalláson alapuló testtömegindex használatának tapasztalatai: OTÁP adatok elemzése	271

SZERZŐINKNEK	301
---------------------	-----

MEGRENDELŐLAP	305
----------------------	-----

CONTENTS

STUDIES

Lívia Murinkó: Pathways, precursors and outcomes of the transition to adulthood in the 2000s in Hungary	153
Laura Szabó: The relationship between childlessness and level of education in Hungary among women born in 1920–1975	199
Beatrix Lábadí – Melinda Pohárnok: Psychological issues in birth cohort studies	235
Lajos Bálint – Julianna Boros – Márta Bakacs: Experiences with using body mass index based on self-reported data: analysis of OTÁP survey (Hungarian diet and nutritional status survey)	271

SZERZŐINKNEK (FOR OUR AUTHORS)	301
---------------------------------------	-----

MEGRENDELŐLAP (ORDER FORM)	305
-----------------------------------	-----

A FELNÖTTÉ VÁLÁS ÉLETÚTTÍPUSAI, ELŐZMÉNYEI ÉS KIMENETEI A 2000-ES ÉVEKBEN MAGYARORSZÁGON

Murinkó Livia

ÖSSZEFOGLALÓ

A tanulmányban a felnőtté válás életúttípusait, társadalmi-gazdasági háttérét és kimeneteit vizsgáljuk a 2000-es évek Magyarországon. Az elemzéshez az Életünk fordulópontjai panelkutatás (a magyar Generations and Gender Survey) 1–4. hullámainak (2001–2012) adatait használjuk. Az 1981–1983-as születési kohorsz életútját követjük nyomon 18–20 és 29–31 éves koruk között. A kétlépéses, látens osztályelemzés módszerével azonosított látens életúttípusok jellemzését követően röviden ismertetjük az egyes típusok társadalmi-gazdasági háttérét (előzmények), valamint a különböző utat bejárt fiatalok elért életkörülményeit (kimenetek).

A felnőtté válás négy eltérő útját azonosítottuk. A kitolódó tanulás utáni késői családalapítás a leggyakoribb (51%). A korai munkavállalás és a késői családalapítás a fiatalok 24%-ára, a korai családalapítás 17%-ára jellemző. A felnőtté válás hagyományos modelljét megtestesítő iskolázott életút családdal a legritkább (9%). A négy életúttípus eltérő előzményekkel és kimenetekkel jellemezhető. A „túl korai” önállósodás és a posztadolescens életszakaszban való „bennrekedés” egyaránt összefügghet társadalmi hátrányokkal, míg a standard „iskolázott életút családdal” a legelőnyösebb társadalmi-gazdasági háttérűek körében a leggyakoribb és ennek a csoportnak a legjobb az elért helyzete is.

Tárgyszavak: felnőtté válás, életútelelemzés, látens osztályelemzés, Életünk fordulópontjai, Generations and Gender Survey

Murinkó Livia, KSH Népszélettudományi Kutatóintézet

E-mail: murinko@demografia.hu

BEVEZETŐ

Az elmúlt évtizedekben a felnőtté válás folyamata Európa-szerte és Magyarországon is átalakult. A felnőtté válás eléréséhez hagyományosan fontosnak tartott életesemények sok fiatal életében egyre későbbre tolódtak, vagy esetleg be sem következtek. A felnőtté válás folyamata meghosszabbodott, nőtt az életutak változatossága, szabálytalansága, vagyis összességében megváltozott a felnőtté válás mikéntje (pl. Billari and Liefbroer, 2010; Furstenberg et al., 2003, 2004; Liefbroer, 1999; Settersten, 2006; Shanahan, 2000; Somlai, 2007, 2010; Wallace and Kovatcheva, 1998).

Az említett változásokat felismerve az ezredfordulót követően megsza- porodtak azok az elemzések, amelyek az életút kutatás nézőpontjából kiindulva kvantitatív módszerekkel vizsgálták a felnőtté válás többdimenziós folyama- tát. A két leggyakrabban alkalmazott holisztikus módszer a szekvenciaelemzés (Billari, 2001) és a látens osztályelemzés (Macmillan and Eliason, 2003), amelyek célja tipikus életutak azonosítása és jellemzése. E módszerek terjedésének két alapvető feltétele, hogy rendelkezésre álljanak a viszonylag összetett statisztikai módszereket kezelni képes szoftverek és a megfelelő – a fiatal felnőttek életútját több dimenzióban jellemző, követéses vagy retrospektív – survey adatok.

A szekvenciaelemzést alkalmazó, viszonylag friss tanulmányok gyakran hasonlítják össze több ország fiataljainak és/vagy több kohorsznak az életút- ját. Például Elzinga és Liefbroer (2007) tizenkilenc, nagyrészt európai orszá- got vizsgált; Lesnard, Cousteaux, Chanvrlil és Le Hay (2016) húsz, Schwanitz (2017) pedig nyolc európai országot hasonlított össze. Mindhárom elemzésben szerepelt Magyarország is. Ezen elemzések korlátját egyrészt az jelenti, hogy gyakran idősebb kohorszokat, a második világháború utáni évtizedekben szü- letetteket elemzik, és ritkán szolgáltatnak információt az új évezred fejleménye- iről. Másrészt a felnőtté válás típusait nem országonként állapítják meg, így az egyes országok sajátos mintázatai iránt érdeklődők számára kevés információ- val szolgálnak. A felnőtté válás életútszemléletű, többdimenziós vizsgálatának másik fontos módszerét, a látens osztályelemzést használó empirikus munkák pedig szinte kizárólag egyesült államokbeli adatok felhasználásával készültek (pl. Amato et al., 2008; Macmillan and Billari, 2012; Macmillan and Copher, 2005; Macmillan and Eliason, 2003; Manzoni, 2016; Oesterle et al., 2010; Osgood et al., 2005); Skogbrott Birkeland és szerzőtársai (2014) norvég kutatásának kivéte- lével.

A felnőtté válás folyamatát érintő változások fényében Magyarországon is sokan és sokféleképpen vizsgálták, hogyan élnek a fiatalok. Számtalan pillanat-

felvétel készült az életkörülményeikről, a vágyaikról, a terveikről vagy a felnőtté válás egy-egy kulcseseményéről.¹ Azonban tudomásunk szerint magyar adatokon ezidáig nem végeztek a felnőtté válás folyamatának több dimenzióját egyszerre megragadó elemzést.²

Jelen elemzés tehát azáltal gazdagítja a téma irodalmát, hogy nem egy-egy elemét emeli ki a felnőtté válás folyamatának, illetve a fiatalok élethelyzetének, nem csupán egy keresztmetszeti képet ad, hanem egy dinamikus és többdimenziós nézőpontot alkalmazva mutatja be, hogy a 2000-es évek magyarországi fiataljai hogyan váltak felnőtté.

Szintén újdonságot jelent a magyar fiatalok esetében az életúttípusok előzményeinek és kimeneteinek vizsgálata. A gyermekkori életkörülmények és a családi háttér befolyásolja a felnövekvő fiatalok életútját, önállóvá válásuk folyamatát; közvetlen és közvetett módon hat az iskolai pályafutásukra, a munkaerőpiacra történő belépésükre, a saját háztartás kialakítására és a családalapításra. A felnőtté válás során a fiatalok által hozott döntések és választások (vagy azok hiánya) pedig évtizedeken át kihatással lesznek a későbbi életükre (Lui et al., 2014). A téma fontossága ellenére kevés olyan elemzést találunk, amely összekapcsolja az életúttípusok azonosítását azok előzményeinek és kimeneteinek vizsgálatával, valószínűleg a szükséges követéses adatfelvételek kis száma miatt. Ilyen elemzést végeztek például finn (Räikkönen et al., 2012; Salmela-Aro et al., 2014), norvég (Skogbrott Birkeland et al., 2014) és egyesült államokbeli (Amato et al., 2008; Lui et al., 2014; Mortimer, 2012; Oesterle et al., 2010; Osgood et al., 2005) adatokon.

Az elemzés célja, hogy azonosítsuk az életút 18 és 31 éves kor közé eső szakaszának jellemző típusait az iskolatörténet, a munkavállalás, a szülőkkel való együttélés, a párkapcsolatok, valamint a gyermekvállalás változásai alapján. Szerepátmenetek segítségével jellemezzük a különböző életúttípusokat, majd leírjuk a 18–20 éves korban jellemző hátterüket és a 29–31 éves korra elért helyzetüket demográfiai, társadalmi-gazdasági jellemzőik, egészségük, jólétük, értékeik és terveik szempontjából. Ehhez olyan nézőpontot, adatot és módszert alkalmazunk, amelyek többdimenziós folyamatként tekintenek a felnőtté válásra, és figyelembe veszik, hogy a fiatalok eltérő életutakat járnak be. Az elemzést

¹ Ilyen például a négyévenkénti, nagymintás „Ifjúság” kutatássorozat (Bauer és Szabó, 2005; Szabó és Bauer, 2009; Szabó et al., 2002; Székely, 2013; Székely és Szabó, 2016).

² Hasonlóval próbálkozott Bognár (2007), aki – az Életünk fordulópontjai adatfelvétel első hulláma retrospektív adatainak felhasználásával – a destandardizáció jeleit kereste a magyar fiatalok felnőtté válási folyamatának utóbbi évtizedekben bekövetkezett átalakulásában. Klaszterelemzés segítségével tipikus élethelyzeteket azonosított 25 és 30 éves életkorban, több egymást követő kohorszban, azonban nem kapcsolta egybe az egyes életkorokban meg tapasztalt átmeneteket életúttípusokká.

az Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatain végezzük. Az 1981 és 1983 között született kohorsz életútját követjük nyomon 18 és 31 éves koruk között kétlépcsős, látens osztályelemzés segítségével.

ELMÉLETI KERETEK

Elhúzódó felnőtté válás és életút

A felnőtté válással foglalkozó kutatók egyet értenek abban, hogy a fejlett világ országaiban az elmúlt évtizedek strukturális és értékbeli változásainak következtében a felnőtté válás folyamata jelentősen átalakult (pl. Billari and Liefbroer, 2010; Furstenberg et al., 2003, 2004; Liefbroer, 1999; Settersten, 2006; Shanahan, 2000; Somlai, 2007, 2010; Wallace and Kovatcheva, 1998). A megváltozott társadalmi és gazdasági körülmények között mást jelent felnőtté válni és felnőttnek lenni napjainkban, mint néhány évtizeddel ezelőtt. Későbbre tolódott és nehezebben meghatározható a felnőtt státusz elérésének életkora. A fiatalok különböző életkorokban érik el a felnőttég egyes dimenzióit (ha egyáltalán eléri azokat): a felnőtté válás nem egy egyszeri lépés, hanem egy fokozatos és többdimenziós átmenet, amelynek a mérföldkövei (a szülővé válás kivételével) visszafordíthatók. A korábbi standard életutak destandardizálódtak és heterogénebbé váltak: a standard életút szakaszai, az egyes életszakaszokra jellemző fontos eseményei, azok meghatározott időzítése és sorrendje a népesség egyre kisebb részére jellemzők, jelentős egyéni eltéréseket mutatnak és egyre különbözőbb időtartamokat ölelnek fel (Brückner and Mayer, 2004; Liefbroer, 1999).

A felnőtté válás mint folyamat tanulmányozása során leggyakrabban az életútszemlélet (*life course approach*) elméleti keretét hívják segítségül. A megközelítés szerint a felnőtté válás – és az életút egésze – meghatározható bizonyos társadalmi szerepek egymással kölcsönösen összefüggő, időben kibontakozó pályáiként (*trajectories*). Ezek során a személyes döntések és a közvetlen környezet mellett a tágabb társadalmi, gazdasági és kulturális kontextus is formálja azt, hogy a fiatalok mely szerepeket mikor és milyen sorrendben veszik fel, és hogyan lépnek be, haladnak át és lépnek ki bizonyos társadalmi intézményekből. Az életút tehát felfogható bizonyos társadalmi szerepkonfigurációk és az azok közötti átmenetek sorozatának, amelyek az élet több, egymással összefüggő dimenziójában bontakoznak ki (Elder, 1985; Macmillan and Copher, 2005).

A szociológiában és a demográfiában hagyományosan alkalmazott életútszemléletű megközelítés szerint tehát a serdülők életútátmenetek, vagy-

is bizonyos szerepek átvétele révén válnak felnőtté (George, 1993; Hogan and Astone, 1986; Modell et al., 1976). A tanulmányaik befejezése és a munkaerőpiacra történő belépés révén az eltartott, függő helyzetű diákból társadalmilag és pénzügyileg független munkavállalóvá válnak. A szülői házból való elköltözést követően önálló lakhatást alakítanak ki. Tartós párkapcsolatot, élettársi együttélést kezdenek és/vagy megházasodnak, ezáltal az egyedülálló fiatalokból élet- vagy házastársak lesznek. Végül a gyermekvállalás révén az addig gyermektelekekből szülővé válnak. A felnőtté válás demográfiai szakirodalmának nagy része ezen öt életesemény időzítésével, sorrendjével, meghatározó tényezőikkel és következményeikkel foglalkozik. Az egyes átmeneteket azonban gyakran önállóan vizsgálják, vagy pedig egy-egy keresztmetszeti vizsgálat segítségével elemzik a köztük található összefüggéseket.

A felnőtté válás életútátmeneteket középpontba állító megközelítésével szemben megfogalmazódnak kritikák is (pl. Arnett, 2000; Manzoni, 2016; Robette, 2010). A fő ellenvetésük az, hogy a hagyományos megközelítés nem veszi figyelembe, hogy bizonyos átmenetek visszafordíthatók, egyes eseményeket nem mindenki él át, és az átmenetek gyakran fokozatosak. Például a szülői házból való elköltözés, az iskolából a munkába való átmenet, valamint az első élettársi kapcsolat kialakítása gyakran nem egyik napról a másikra történő átmenetek, hanem önmagában is összetett folyamatok, amelyeket átmeneti, részleges önállósággal járó epizódok egymásutánja jellemezhet. Elemzések azonban azt mutatják, hogy a felnőtté válás hagyományos markerei továbbra is fontosak ahhoz, hogy valaki felnőttnek érezze magát (Shanahan et al., 2005).³

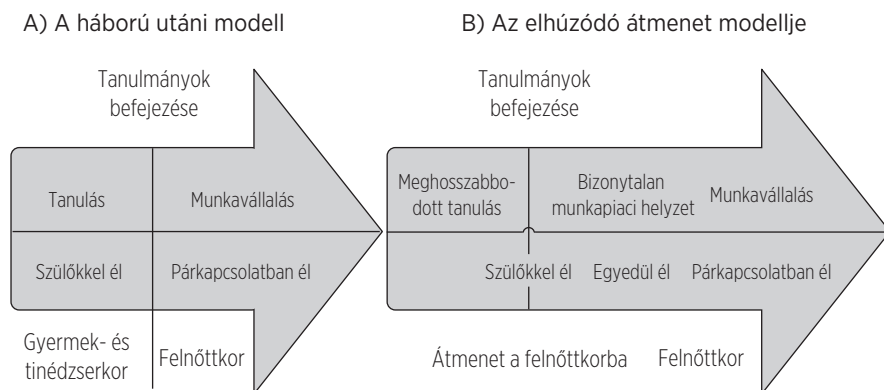
A felnőtté válás átalakulásával kapcsolatos elméleti megközelítések teljes körű ismertetésére nem vállalkozunk – helyett egy olyan modellt mutatunk be, amely a fentebb tárgyalt szerepátmenetek segítségével illusztrálja, hogyan alakult át a felnőtté válás folyamata. Galland (2004) két modellt dolgozott ki a felnőtté válás jellemző mintázatára, amely a fejlett országok (Nyugat-Európa) fiataljait az 1950–1960-as évektől kezdődően jellemzi (*1. ábra*). A modell elsősorban a férfiak tipikus életútját jeleníti meg. A „háború utáni modell”-ben (A) élesen elkülönült egymástól a magán és a nyilvános szféra, valamint a gyermek-/tinédzserkor és a felnőttkor. A nyilvános szférában a fiatalok a kötelező tanulmányaik befejezését követően beléptek a munkaerőpiacra és anyagilag függetlené váltak. Ezzel egyidejűleg történtek a magánszféra változásai: a tanulmányok

³ A felnőtté válás szerepalapú megközelítése mellett az önmeghatározás (felnőttnek tekinti-e magát a fiatal) és a pszichológiai szempontok (pl. önálló döntéshozatal, felelősségvállalás) is lényegesek ahhoz, hogy valaki a saját maga és a társadalom szemében is felnőtté váljon (pl. Arnett, 2000; Vaskovics, 2000; illetve lásd Murinkó, 2010 összefoglalását).

befejezése után a fiatalok elköltöztek a szülői háztartásból, megházasodtak és családot alapítottak. A felnőtté válás lineáris volt, az események sorrendje és időzítése egy meghatározott, standard mintát követett.

Ez a minta a rákövetkező évtizedekben megváltozott, a felnőtté válás időszaka időben kitolódott, és főleg a végpontja bizonytalanná vált („elhúzódó átmenet modellje”, B). Az iskolával, a munkával, a párkapcsolatokkal és a családdal kapcsolatos események közötti kapcsolat meglazult. A tanulási idő meghosszabbodott, sokan felsőfokú tanulmányokat is végeznek. A tartós munkavállalást gyakran megelőzi egy bizonytalan munkaerőpiaci helyzettel jellemezhető időszak (munkanélküliség, részmunkaidős állások vagy határozott idejű szerződések). A tanulási időszak kitolódása, a biztos munkahely hiánya és az anyagi függetlenség megszerzésének nehézsége sokak számára hátráltatja a magán-szférában történő önállósodást, az önálló lakhatást és a családalapítást. Gyakori, hogy a párkapcsolat kialakítását megelőzi egy olyan időszak, amikor a fiatal már a szüleitől függetlenül, egyedül él.

1. ábra: A felnőtté válás két elméleti modellje



Forrás: Galland, 2004, 137. és 151. o., saját fordítás.

A felnőtté válás folyamata olyannyira átalakult, hogy számos szerző szerint a kamaszkor és a felnőttkor közötti elhúzódó átmenet intézményesült és immár egy önálló életútszakasznak tekinthető (Arnett, 2000; Côté, 2000; Furstenberg et al., 2004; Keniston, 1968; Klein, 1990). Az ebben az életszakaszban járó, már nagykorú fiatalok még nem léptek be minden olyan státuszba, amelyeket rendszerint a felnőttéssel azonosítanak: halasztják a családalapítást, különösen a gyermekvállalást, tanulnak, a szüleikkel élnek vagy visszaköltöznek a szülői ház-

tartásba, és nincs tartós, teljes munkaidejű állásuk. A serdülőkor és a felnőttkor közé beékelődő átmeneti időszakra – amikor a fiatalok, bár jogilag felnőttek számítnak, sok szempontból mégsem azok – különböző elnevezések születtek. Kenniston (1968) és utána sokan mások, így például Vaskovics (2000) *posztadoleszcenciának*, Klein (1990) ifjúságnak (*youth*), Arnett (2000) kibontakozó felnőttiségnek (*emerging adulthood*), Côté (2000) fiatalságnak (*youthood*), Somlai (2007) *új ifjúságnak* nevezte az életútnak ezt a szakaszát.

Nem egységes a meghosszabbodott felnőtté válás megítélése. Az egyik diskurzus szerint a fiatalok nem akarnak felnőni, kerülik a felelősségvállalást és halogatják a fontos életeseményeket, miközben a lehető legtovább használják a szülői erőforrásokat és igénybe veszik a szülői ház, a „mama hotel” kényelmét (Arnett, 2000; Herms-Bohnhoff, 1993). A másik diskurzus az elhúzódozó felnőtté válást egy, a megváltozott lehetőségekre és a bizonytalanságra adott racionális válasznak, a gazdasági nehézségekkel és bizonytalansággal szembesülő fiatalok kényszerű megküzdési stratégiájának tekinti (Côté and Bynner, 2008). A választási lehetőségek, az életútopciónak megszorodása kitágítja a fiatalok előtt álló lehetőségeket, ugyanakkor kiszámíthatatlan, hogy milyen rövid- és hosszútávú következményei lesznek a döntéseiknek (Mills and Blossfeld, 2003). Ez növeli a bizonytalanságérzést és az identitásválságot, amely egyébként is az erre az életszakaszra jellemző krízis, az ún. kapunyitási pánik jellemzője (Robbins and Wilner, 2001).

Társadalmi különbségek, előzmények és kimenetek

Az életutak heterogénebbé válásával még inkább jellemzővé vált, hogy a felnőtté válás a különböző társadalmi-gazdasági háttérű fiatalok számára igen eltérő életutakat jelent, és a posztadolescens életszakasz hossza is jelentős egyéni különbségeket mutat. A fiatalok életútja a családi háttér és a maguk az érintettek által – a szűkebb és a tágabb környezet nyújtotta lehetőségek, korlátok és személyes preferenciák kontextusában – meghozott döntések kölcsönhatása révén formálódik. A felnőtté válás (ebben az értelemben is) egy kritikus jelentőségű életszakasz, mert a folyamat során felhalmozódó előnyök és hátrányok befolyásolják az egyén későbbi lehetőségeit, erőforrásait, egészségét és jóllétét (Arnett, 2000; Furstenberg, 2008; Lui et al., 2014; Mortimer, 2012).

A felnőtté válás során kiemelkedő szerepe van a szülők felől érkező transzfereknek. Elengedhetetlen a szülői támogatás azokban az életszakaszokban, amikor a fiatal még a tanulmányait folytatja, esetleg vállalkozni kezd, de nagy

szükség van a szülők által a fiataloknak nyújtott anyagi, lakhatási és érzelmi segítségre az olyan krízishelyzetekben is, mint az állás elvesztése vagy egy válás. Az egyedülállók esetén ez különösen igaz, mert ők nem támaszkodhatnak a partnerük támogatására (Mortimer, 2012).

Lényeges kérdés tehát, hogy mit tudunk a felnőtté válás társadalmi különbségeiről. Ami a szülői háttér hatását illeti, a tizenéves koruk végén járó fiatalok igen eltérő erőforrások, lehetőségek és készségek birtokában érkeznek a felnőtté válás küszöbére (Furstenberg, 2008). A nemzetközi elméleti szakirodalom szerint azok számára lehet hosszabb a posztadolescencia, akiket anyagilag támogatnak a szüleik, akik körül erősebb a védőháló, így megengedhetik maguknak, hogy viszonylag sok időt szenteljenek a tanulásnak, a személyes fejlődés és kísérletezés átmeneti időszakának, mielőtt eldöntik, milyen felnőtt szerepeket választanak (Arnett, 2000; Schoon, 2014). A hátrányosabb helyzetben levők pedig „gyorsabban felnőnek”, mert korán rákényszerülnek, hogy az iskolapadot elhagyva munkát vállaljanak, illetve a korai gyermekvállalás is jóval gyakoribb a körükben (Furstenberg et al., 2004). Ugyanakkor ellentétes irányú összefüggés is elképzelhető: lehetséges, hogy a fiatalok részéről nem egy tudatos, a körülményektől függetlenül meghozott döntés a felnőtt szerepek átvételének halasztása, hanem a hátrányosabb helyzetben lévők a megfelelő erőforrások híján nem tudnak a felnőttiséggel összekapcsolt szerepekbe lépni (Côté and Bynner, 2008).

Elder (1975) szerint létezik a felnőtt szerepek átvételének egy „ideális” életkora, vagyis kevésbé sikeresek a felnőtt társadalomba történő beilleszkedésben azok, akik a kortársaikhoz képest túl korán vagy túl későn veszik át ezeket a szerepeket. A korán felnőtté válók – pszichoszociális és társadalmi-gazdasági erőforrások tekintetében is – kevésbé állhatnak készen a felnőtt kötelezettségekre. Azok pedig, akik későn válnak felnőtté, túl sok időt töltöttek a félig önállósodott, átmeneti helyzetekben, emiatt már nehezebben tudnak alkalmazkodni a felnőtt szerepekhez. Már önmagában az is hátrányt okozhat, ha a fiatalok a többségtől eltérő, esetleg deviánsnak tartott életkorban élik át az eseményeket, így azok kevésbé esnek egybe más szerepátmenetekkel vagy az intézményes struktúra elvárásaival. Annak is negatív hatása lehet, ha nem a megszokott sorrendben élik át a fiatalok a szerepátmeneteket, így esetleg kevésbé tudják kezelni az egyes szerepekkel kapcsolatos eltérő elvárásokat (Elder, 1975).

A túl korai és a túl késői átmeneteknek tehát egyaránt lehetnek negatív következményei, annak ellenére, hogy a felnőtté válás folyamata nagymértékben destandardizálódott és az életkori normák gyengültek. Empirikus kutatási eredmények szerint azoknak a legkedvezőbb az elért helyzete, akik a felnőtté válás „normatív” útját járták be (Mortimer, 2012). A felnőtt szerepek korai átvétele

(korai gyermekvállalás, iskolaelhagyás és munkavállalás) gyakran viszonylag alacsony felnőttkori státusszal kapcsolódik össze, a későn átélt szerepátmenetek (elsősorban az elhúzódó tanulás tovagyrúzó hatása miatt) pedig előnyösebb felnőtt státusszal hozhatók összefüggésbe (Lui et al., 2014; Mortimer, 2012).

A FELNÖTTÉ VÁLÁS KERETEI ÉS JELLEMZŐI MAGYARORSZÁGON

Családalapítás, iskola–munka átmenet és lakhatás

Magyarországon 1989–1990 után a politikai rendszerváltás és a gazdaság mélyreható átalakulása következtében a felnőtté válás küszöbén álló fiatalok egy gyökeresen megváltozott gazdasági és társadalmi környezettel szembesültek (Domonkos, 2010; Macura and Mochizuki-Sternberg, 1999). A gazdasági válság, az anyagi és foglalkoztatási bizonytalanság demográfiai következményekkel is járt: a változások hozzájárultak ahhoz, hogy radikálisan lecsökkent a termékenység, kitolódott a szülővé válás életkora, megnőtt a házasságon kívüli születések aránya, csökkent a házassodási kedv és népszerűvé váltak az élettársi kapcsolatok. A gazdasági visszaesés, a munkanélküliség, a stabil foglalkoztatottság hiánya, a fiatalok és a szüleik anyagi bizonytalansága az önálló háztartás kialakításának időzítésére is hatással voltak, késleltetve az anyagi függetlenség megteremtését és az önálló háztartás kialakítását (Beck and Beck-Gernsheim, 2002).

Az 1990-et követő két évtizedben a családalapítás az egyéni életútban kitolódott, a fiatalok körében elterjedtek az élettársi kapcsolatok, csökkent a termékenység (Spéder, 2005). Az átlagos házasságkötési életkor a nők körében 22-ről 28,7-re, a férfiak esetében 24,7-ről 31,4 évre nőtt 1990 és 2010 között, miközben egyre többen sosem kötnek házasságot. A nők esetében az első gyermek vállalásának átlagos életkora 1990-ben 23, 20 év múlva 28,2 év volt. A házasságon kívüli születések aránya ugyanebben az időszakban 13,1%-ról 40,8%-ra nőtt (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2016).

Az 1990-es években megjelent az (ifjúsági) munkanélküliség, és bizonyos csoportok, különösen az alacsony végzettségűek körében tartóssá vált. A tanulmányok befejezése után nehezebbé, egyesek számára szinte lehetetlenné vált a munkaerőpiacra történő belépés. Az első állások gyakran bizonytalanok és rosszul fizetettek voltak. A helyzetre válaszul a fiatalok egy része kitolta a tanulmányi idejét, amelyet a felsőoktatási expanzió lehetővé is tett (Bukodi and Róbert, 2005; Laki, 2006). Az 1990-es évek töretlen felsőoktatási bővülése kö-

vetkeztében a hallgatók lakosságárányos száma 1990 és 2008 között a négyszeresére nőtt, ezen belül főként a nem nappali tagozatosoké (levelező, távoktatás és esti képzések) emelkedett dinamikusán (Kozma, 2010). Az iskolai tanulmányok várható hossza 1990 óta 13,8 évről 17,8 évre nőtt, azaz egy 7 évesen iskolát kezdő gyermek 21 éves kor helyett várhatóan 25 évesen fejezi be a tanulmányait (Organisation for Economic Co-operation and Development, 2000, 2010). A felsőoktatási expanzió 2008 után megtört (Híves és Kozma, 2014), ugyanakkor egyre többen vesznek részt egyéb képzési formákban (középfokú vagy felsőfokú szakképzések, egyéb tanfolyamok stb.) (Széll és Nagy, 2018). Az expanzió ellenére a társadalmi háttér erősen és egyre inkább meghatározza a fiatalok iskolai életútját, és az alacsony végzettségű apák gyermekei alacsony és csökkenő eséllyel tanulnak tovább az oktatási rendszer magasabb szintjein (Széll és Nagy, 2018).

Az oktatási rendszerből történő kilépés és a munkaerő-piaci integráció közötti átmeneti időszak az 1990-es években meghosszabbodott (Vincze, 2012). A korábban lineárisnak tekinthető, kiszámítható iskola–munka életút töredezetté és sokszínűvé vált. Az egyes oktatási szintekhez tartozó képzések, majd az iskolapadból a munkaerőpiacra való átlépés már nem feltétlenül lineárisan követik egymást, hanem hosszabb–rövidebb megszakítások, különféle képzések, tanulmányokkal egyidejű munkavállalás, külföldi tapasztalatszerzés jellemzik, amelyek néhol váltogatva, néhol párhuzamosan jelennek meg a fiatalok életében (Nyüsti, 2013; Széll és Nagy, 2018). A fiatalok jelentős része tanulmányai befejezése után egy ideig munka nélkül marad, és különösen az alacsonyabb végzettségűekre jellemző, hogy hosszabb idő elteltével tudnak csak munkába állni (Bene et al., 2018).

A rendszerváltás után a fiatalok lakáshoz jutásában korábban meglevő problémák és feszültségek sem oldódtak meg, sőt, újabbakkal gazdagodtak. A szociális lakhatáshoz való hozzáférés korlátozott és a családokat részesíti előnyben. A magánbérlet drága és általában nem jelent hosszú távú megoldást. A saját lakáshoz jutás leggyakoribb, gyakran az egyetlen módja a magántulajdon. Egyéni vagy családi erőforrások nélkül a fiatalok elhalasztják vagy lemondanak arról, hogy elköltözzenek a szülői házból (Murinkó, 2009; Spéder et al., 2009). Az állami és a banki szektor a rendszerváltást követően gyakorlatilag kivonult a lakásfinanszírozásból, és mintegy tíz év elteltével jelent meg újra. A fiatalok 2000 és 2008 között javuló otthonteremtési lehetőségeiben a lakáshitelezés kiszélesedése játszotta a főszerepet (KSH, 2012). A lakásberuházás és a hitelezés 1999 után meredek emelkedésnek indult (KSH, 2005), majd 2009-től a pénzügyi válság hatására visszaesett (KSH, 2012).

A 2000-es években a szülői háztartásból való elköltözés medián életkora a nők esetében 25, a férfiak körében 27 év volt, 35 éves korukig a nők 81, a férfiak 77%-a elhagyta a szülői házat (bár egy részük később visszatért oda) (Murinkó, 2009). A húszas éveikben járó fiatalokkal szemben a szüleikkel élő harmincas (vagy még idősebb) felnőtt gyermekek esetében az együttélés egyre inkább a megélhetési és lakáshoz jutási nehézségekre válaszoló adaptációs stratégia (Ahmed and Emigh, 2005; de Jong Gierveld et al., 2002), vagy krízishelyzetekben (pl. válás, munkanélküliség) igénybe vett „biztonsági háló” (Monostori és Murinkó, 2018).

A 2009-ben kibontakozó gazdasági válság nemcsak a lakáshoz jutás szempontjából érintette hátrányosan a fiatalok (és az egész társadalom) lehetőségeit. Jelentősen emelkedett a fiatalok körében a munkanélküliség, és nőtt a szüleikkel együtt élők aránya (Medgyesi és Nagy, 2014). A válság éveiben a fiatalokat a népesség egészéhez képest gyakrabban érintette a munkanélküliség, az átlagosnál hosszabb ideig tartott és nehezebb volt számukra az elhelyezkedés, és a személyes munkaerőpiaci helyzettel kapcsolatos várakozásaik is pesszimistábbak voltak (Gazsó, 2013). A lakásfenntartási kiadások háztartási jövedelemhez viszonyított aránya 2000 és 2009 között minden korosztályban és háztartástípusban megemelkedett, de továbbra is a felnőtt gyermekkel élő szülő(k) körében volt a legalacsonyabb, a legmagasabb pedig a fiatal- és középkorú egyedülállók esetében (KSH, 2012).

A felnőtté válás folyamatának átfogó jellemzése

Mint korábban említettük, eddig nem végeztek olyan, kifejezetten a magyarországi fiatalokra fókuszáló kvantitatív elemzést, amely a felnőtté válás összetett folyamatát az életút kutatás szempontjainak figyelembevételével, retrospektív vagy követéses paneladatok felhasználásával elemezte volna. Azonban született néhány, magyar adatokat is tartalmazó nemzetközi összehasonlító vizsgálat.

Lesnard és szerzőtársai (2016) tizennégy felnőtté válási típust azonosítottak az 1905 és 1971 között születettek 18 és 35 éves kora közötti életútjának vizsgálata alapján húsz európai országban. Magyarországon a leggyakoribb a korai felnőtté válási típus (az 1945–1959 közötti kohorsz 35%-a, az 1960-as években születettek 31%-a sorolható ide): viszonylag korán, 18–20 éves korban munkát vállaltak, elköltöztek a szülői házból, összeköltöztek egy partnerrel, házasságot kötöttek és gyermekük született. Ezen életeseményeket viszonylag rövid idő alatt átéltek, hamar átvették a felnőtt szerepeket. Szintén gyakori volt a későn

munkát vállalók csoportja (kohorszonként 13–16%): az első munkavállalásuk medián életkora 21 év volt, amit viszonylag hamar követett a szülőktől független háztartás kialakítása, saját családot viszont csak a húszas éveik második felében alapítottak. A szülői házat későn (12–20%, az 1960-as kohorsz 14%-a) vagy nagyon későn elhagyók (4–8%) esetében a korai munkavállalást késői elköltözés és párkapcsolat-formálódás követte. A nagyon későn elköltözők csoportjának egynegyed része a megfigyelt időszak végén is még a szüleivel élt, és a csoport mintegy harmada nem alapított saját családot. A minta fennmaradó, nagyjából egyharmad részén tíz felnőtté válási típus osztozik, egyenként nagyon alacsony előfordulási gyakorisággal.

Schwanitz (2017) nyolc európai ország egyesített mintáján végzett szekvenciaelemzése a felnőtté válás hét típusát azonosította az 1951–1978 között születettek 18–34 éves kor közötti életeseményeinek vizsgálata során. Magyarországon a legnagyobb csoportot a szülői házat későn elhagyók (25%) alkották, akik viszonylag korán befejezték a tanulmányaikat, nagyrészt egyedülállók voltak, míg egy kis részük a szülői házban élve saját családot alapított. Hasonló arányt képviselt a „modern és független” típus (23%): az ide sorolt fiatal felnőttek korán munkába álltak, majd nem sokkal később önálló háztartást alapítottak, de párkapcsolatot csak később hoztak létre. Minden életeseményt viszonylag későre időzítettek a „tanulás élettárssal” csoport tagjai (13%). Hagyományosabb mintázatot követett 13%, akik a tanulmányaik befejezése után gyorsan munkába álltak, házasságot kötöttek és gyermekük született. A „munkavállaló élettársak” (10%) korán beléptek a munkaerőpiacra, és jellemzően élettársi kapcsolatot hoztak létre. A késői átmenetekkel és függetlenséggel jellemezhető csoport (10%) kifejezetten későn alapított saját családot. A legkisebb a „lassú átmenetek inaktivitással” csoport (7%): hamar befejezték a tanulmányaikat, de kis arányban és későn álltak munkába. Az alacsony végzettségűek felülreprezentáltak a hagyományos életutat követők körében, a szülői házat későn elhagyók és a lassú inaktív csoportban, míg az átlagnál több diplomást találunk a modern és független, a késő átmenetek és függetlenség, valamint a tanulás élettárral csoportokban.

A szülői erőforrásoknak az elhúzódó felnőtté válásban betöltött hazai szerepével kapcsolatban nem egységesek az eredmények. Néhány hazai szerző arra a következtetésre jutott, hogy a kamasz- és a felnőttkor közötti átmeneti életszakasz meghosszabbodása összefügg egy új fogyasztói csoport megjelenésével és a középosztály növekedésével, tehát az elhúzódó felnőtté válás egy jóléti kiváltság, amely egyéni döntés eredménye és elsősorban a felsőbb rétegekre jellemző (Gábor, 2000). Mások szerint (Gazsó és Laki, 2004; Kapitány, 2006) az elhúzódó felnőtté válás nem a felsőbb társadalmi osztályok felől „lefelé” terjedő kiváltság,

hanem inkább egyfajta kényszer, és a posztadolescens állapot a hátrányos társadalmi helyzet következtében állandósul. A magyar helyzet ellentmondásos megítélése visszatükrözi a nemzetközi szakirodalomban fellelhető kettős megítélést (lásd Arnett, 2000 és Côté and Bynner, 2008 vitáját). Eszerint az elhúzódó felnőtté válás egy választott életforma lehet azok számára, akik (legalábbis egy ideig) nem akarják átvenni a hagyományos felnőtt szerepeket; azok számára pedig egy kényszerű helyzet, akik hiába szeretnék, nem tudnak „felnőtté válni”. Véleményem szerint a két megközelítés nem zárja ki egymást, hanem társadalmi helyzettől függően érvényesül az egyik vagy a másik összefüggés.

Az 1981–1983-as kohorsz

Az elemzés során az 1981 és 1983 között születettek életútját követtük nyomon.⁴ Mi jellemzi a kiválasztott csoportot? A korábbi évekhez képest kis lélekszámú kohorszról van szó: míg például a csúcspontot jelentő 1975-ös évben 185 ezer élveszületés történt, 1981-ben már csak 143 ezer, 1983-ban pedig 127 ezer (KSH, 2015). Egy viszonylag kis lélekszámú kohorsz pedig a bölcsődétől és az óvodától kezdve az egyetemi felvételiig, majd az álláskeresésben is kisebb konkurenciára számíthat, mint a nagyobb születési évjáratok (Easterlin, 1978).

A vizsgált kohorsz tagjai a rendszerváltás idején még csak 6–9 évesek voltak, így a múlt rendszerről csupán gyermekkori emlékeik lehetnek, a rendszerváltást követő évek válsága pedig csak a szüleik, a családjuk révén érinthette őket. Az 1990-es évek közepén, az évtized középső harmadában fejezték be általános iskolai tanulmányaikat (ha befejezték), és az ezredforduló körüli években váltak nagykorúvá. Az 1980-as évek elejének csökkenő születésszáma mellett 2000 körül folyamatosan nőtt a felsőoktatásba felvettek száma, egyre könnyebb volt egyetemre vagy főiskolára bejutni, míg a szakmunkás bizonyítványt szerzők aránya csökkent. Mire először munkát vállaltak, már evidencia volt, hogy a munkanélküliség, a munkaerőpiaci bizonytalanság sokak életútjának része. Nem születtek bele a digitális világba, de elég fiatalon találkoztak vele ahhoz, hogy otthonosan mozoghassanak benne. A korábbi kohorszokhoz képest kitágultak a lehetőségeik a tanulás, a szakma- és a párválasztás, a szabadidő eltöltése, a fogyasztás és az utazás terén – a lehetőségek kihasználásához azonban információra és erőforrásokra van szükség, amellyel nem egyformán rendelkeztek.

⁴ Ők az X és az Y generáció („Millennials”) közé beékelődő „mikrogeneráció”, akiket az internet népe „Xennials”-nak nevezett el (lásd pl. D’Souza, 2017).

A 2009-ben kezdődő gazdasági válság a húszas éveik második felében érte őket, ami valószínűleg hátráltatta az önálló otthon megteremtését és a családalapítást azok körében, akik addig még nem élték át ezeket az átmeneteket, és a munkaerőpiaci helyzetüket is negatívan érintette.

KUTATÁSI KÉRDÉSEK

Az elemzés célja a felnőtté válás életúttípusainak azonosítása, az egyes típusok előzményeinek és kimeneteinek vizsgálata a 2000-es évek magyarországi fiataljainak körében. Két fő kutatási kérdésre keressük a választ.

Az első kérdés arra vonatkozik, hogy a 2000-es évek Magyarországon a felnőtté válásnak milyen életúttípusai különböztethetők meg. A kérdésfeltevés abból a feltételezésből indul ki, hogy a felnőtté válási életutak sokszínűvé váltak, ezért nem csak egy, hanem több különböző életút létezik Magyarországon. A típusokat az egyes események eltérő időzítése jellemzi, és abban is eltérnek egymástól, hogy a vizsgált időszak végéig a fiatal felnőttek milyen arányban élik át az átmeneteket. A korábbi eredmények szerint egymás mellett él egy „korai” és egy „halasztó” minta, így feltehetőleg az életút szerveződése során kialakultak olyan csoportok, akik minden átmenetet viszonylag korán, illetve akik mindet viszonylag későn élik át, és olyanok is vannak, akik a két véglet között helyezkednek el és az egyes életesemények időzítésének különböző kombinációi jellemzők rájuk.

A második kérdés a felnőtté válás életúttípusainak társadalmi különbségeire vonatkozik. Különböznek-e társadalmi-gazdasági háttér és kimenetek szempontjából az egyes típusok? Kik „rekednek meg” egy részben felnőtt, részben gyerek helyzetben, és kik lépnek át gyorsan a felnőtt szerepekbe? Feltételezzük, hogy az előnyösebb társadalmi háttérű fiatalok körében a korai és az elhúzódó felnőtté válás egyaránt ritkább, míg a hátrányosabb pozíció esetén gyakrabban ragadnak bent a fiatalok egy részben felnőtt állapotban, és gyakoribb az is, hogy az átlaghoz képest sokkal korábban átveszik a felnőtt szerepeket. Feltételezzük továbbá, hogy a túl korai és a túl késői felnőtté válás hozzájárul a társadalmi hátrányok továbbörökítéséhez, a harmincas életévek elejére a fiatalok elért élethelyzete is kedvezőtlenebb, mint az előnyösebb társadalmi háttérű társaiké.

A tanulmány végén pedig visszatérünk a felnőtté válás korábban ismertetett Galland-féle elméleti modelljéhez (2004), az empirikus eredményeink alapján megvizsgáljuk, hogy a magyar viszonyokra mennyire alkalmazható a modell, illetve milyen módosítások szükségesek.

ADATOK ÉS MÓDSZEREK

Az Életünk fordulópontjai longitudinális adatbázisa

A fenti kutatási kérdések megválaszolásához olyan adatbázisra van szükség, amely végigköveti egy fiatal csoport életét, és részletes információt szolgáltat iskolai, munkaerőpiaci és párkapcsolati történetükről, valamint társadalmi-gazdasági helyzetük változásairól. Ezért az elemzéshez az Életünk fordulópontjai panelvizsgálat (a Generations and Gender Survey magyar adatai) 1–4. hullámaiból kialakított longitudinális adatbázist használjuk (a kutatásról részletesebben lásd Murinkó és Spéder, 2016). Az adatbázis legfőbb jellemzői az 1. táblázatban láthatók.

1. táblázat: Az Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa és az 1981–1983-as születési kohorsz almintájának legfőbb jellemzői

Adatfelvételi hullám	Adatfelvétel éve	Teljes minta		Az elemzett almintá: az 1981–1983-as születési kohorsz	
		Életkor	N	Életkor	n
1.	2001/2002	18–75	16 363	18–20	1 000
2.	2004/2005	21–78	13 540	21–23	827
3.	2008/2009	25–82	10 641	25–27	625
4.	2012/2013	29–86	8 103	29–31	428

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, n = 1000, saját számítás.

Az elemzésben az 1981–1983-as születési kohorsz, vagyis a 2001-es első hullám időpontjában 18–20 éves fiatalok életútját követtük nyomon (n = 1000 fő), akik a negyedik hullámra 29–31 évesek lettek. Az elemzett almintába bekerült minden válaszadó, aki a kiválasztott születési kohorsz tagja és legalább az első kérdezési hullámban részt vett. A második vagy későbbi hullámokban lemorzsolódó mintatagok fiatal felnőtt életútjának csak egy részét ismerjük, de a típusalkotásban ezeket az információkat is felhasználjuk. Súlyozott eredményeket közlünk.

Szerepátmenetek és típusalkotás

Az elemzés célja a felnőtté válási folyamat típusainak azonosítása és jellemzése, ezért olyan módszerre van szükség, amely egy többdimenziós folyamatként kezeli a felnőtté válást, és amely meg tudja ragadni az életutak sokféleségét. Több időpontban, az életútjuk eltérő szakaszaiban figyeljük meg a válaszadóinkat. Nem egyetlen életút-átmenetet vizsgálunk, hanem az átmenetek sorozatát, amelyet a vizsgált személyek eltérő sorrendben és más-más életkorban élnek át (egy részük pedig nem is éli át mindegyiket a megfigyelési időszak végéig). Az elemzés során a kétlépéses, látens osztályelemzés módszerét alkalmazzuk, amely a látens osztályelemzés (*latent class analysis*, LCA) életútelelemzésre kialakított speciális változata (Macmillan and Eliason, 2003).⁵ Az elemzést a Stata statisztikai szoftverhez írt LCA Stata plug-in 1.2.1-es verziója segítségével futtatuk le (Lanza et al., 2018).

Az LCA lényege, hogy az egyéneket kategoriális megfigyelt változók alapján látens, nem megfigyelhető csoportokba sorolja. Az eljárás célja, hogy minden egyén esetében megbecsülje az adott osztályba tartozás valószínűségét. Esetünkben a megfigyelt változók a felnőtté válás objektív dimenziói. A felnőtté váláshoz kapcsolódó szerepek átvételét öt kétértékű változóval mértük, amelyek mind a négy kérdészi hullámban rendelkezésre állnak:

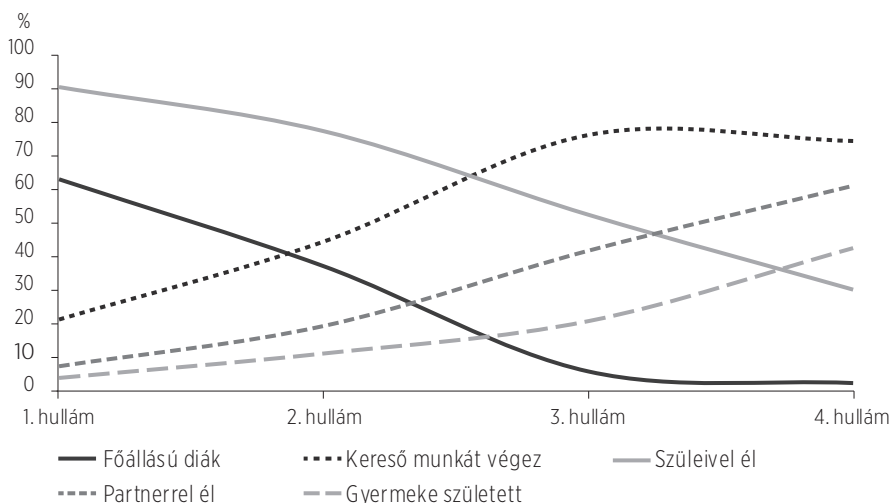
1. főállású (nappali tagozatos) diák-e,
2. végez-e kereső munkát (akár alkalmazottként, akár vállalkozóként, akár tanulás vagy gyermekgondozási szabadság mellett, alkalmi vagy rendszeres jelleggel⁶),
3. egy háztartásban él-e az egyik vagy mindkét (vér szerinti) szülőjével,
4. van-e élettársa vagy házastársa, valamint
5. született-e gyermeke.

A látens osztályelemzéshez felhasznált szerepátmeneteket megtapasztalók arányát a 2. ábra tartalmazza.

⁵ Az érdeklődő olvasó Collins és Lanza (2010), valamint Hagenaars és McCutcheon (2002) kötetéből, magyar nyelven pedig Füstös és szerzőtársai (2004, 228–244. o.) munkájából tájékozódhat az LCA módszeréről. Szimulációs vizsgálatok szerint az LCA hatékonyabban azonosítja az életúttípusokat, mint a klaszterelemzés (Magidson and Vermunt, 2002), és hasonlóan hatékony, mint a szekvenciaelemzés (Barban and Billari, 2012).

⁶ Az almintánkban a kereső munkát végzők döntő többsége, 90–95%-a főállású alkalmazott vagy vállalkozó.

2. ábra: A vizsgált szerepátmeneteket az adott kérdezési hullámban megtapasztalók aránya



Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, n = 1000, saját számítás.

A látens életúttípusokat két lépésben határozzuk meg – mindkét lépésben látens osztályelemzést alkalmazunk. Először látens szerepkészleteket, élethelyzettípusokat azonosítunk az egyes életkorokban betöltött szerepek alapján. Ezt a lépést a panelkutatás minden egyes hullámára külön-külön elvégezzük (keresztmetszeti elemzés). A második lépésben pedig a négy kutatási hullám teljes idejét átölelő látens életúttípusokat keresünk az első lépésben azonosított látens szerepkészletek közötti átmenetek alapján (panelemzés). A látens osztályelemzés egymást követő öt lépésének modellstatistikáit – amelyek alapján az osztályok számát meghatároztuk – a Melléklet *M1. táblázat*a tartalmazza.

Előzmények és kimenetek vizsgálata

Az elemzés második részében a vizsgált fiatalok élethelyzetét a felnőtté válás folyamatának elején jellemezzük. A négy életúttípus előzményeit az elemzés kiinduló időpontjában, a válaszadók 18–20 éves korában mérjük, a családi háttér retrospektív változói pedig még korábban, a 16 éves korig tartó időszakra vonatkoznak. A kibocsátó családi háttér mérésére a következő változókat használjuk. A szülők iskolai végzettségéhez a magasabban iskolázott szülő végzettségét

vesszük figyelembe. A származási család összetétele változó megkülönbözteti azokat, akik 16 éves korukig kétszülős családban nevelkedtek, akik hosszabb-rövidebb ideig egyszülős családban éltek (de nevelőszülővel nem), illetve akik legalább egy-egy egyszülős és nevelőszülős időszakot is átéltek 16 éves koruk előtt. Végül figyelembe vesszük, hogy a válaszadó hány testvérrel együtt nőtt fel és roma származású-e.⁷

A 18–20 éves fiatalok saját társadalmi-gazdasági helyzete csak korlátozottan mérhető, mivel jelentős részük még tanul (életkoruk miatt felsőfokú végzettséget még nem szerezhettek) vagy csak néhány éve állt munkába. Az elemzés során figyelembe vesszük a fiatalok addig megszerzett iskolai végzettségét és a még tanulók esetében az oktatási intézmény szintjét, amelyben a tanulmányaikat folytatják. Ez utóbbi jó eséllyel előre vetíti a majdani legmagasabb iskolai végzettséget. A munkaerőpiaci helyzet vizsgálata során megkülönböztetjük egymástól a munkavállalókat (önálló vagy alkalmazott), a főállású tanulókat, a gyermekgondozási szabadságon lévőket (gyes, gyed vagy gyet), a munkanélkülieket, a sorkatonákat és az egyéb inaktívakat. Az utóbbi csoportba került a mintában található néhány rokkantnyugdíjas, özvegyi nyugdíjas, háztartásbeli és egyéb inaktív státuszú. Az adatbázisban csak két-három olyan válaszadó van, aki tanulás vagy gyermeknevelés mellett dolgozott, így az elemzés során nem tudtuk ezeket a kettős státuszokat megkülönböztetni. Mivel a legtöbb 18–20 éves fiatal nem rendelkezik saját jövedelemmel, az anyagi helyzet mérésére nem az egyéni jövedelmet, hanem a háztartás jövedelmi helyzetének megítélését és bizonyos, a többség számára kíváncsiaknak tekinthető háztartási javak hiányát használjuk. Azt tekintjük anyagi értelemben depriváltként, aki a felsorolt háztartási javak közül legalább hármat szeretne, de nem telik neki rá: (1) mindenkinek külön szoba, (2) WC és fürdőszoba vagy zuhanyzó a lakásban, (3) kert, terasz vagy kellemes környezetre nyíló erkély, (4) telefon, (5) autó, (6) színes televízió, (7) automata mosógép, (8) mosogatógép, (9) videómagnó vagy (10) számítógép. Ezen kívül figyelembe vesszük a lakóhely településtípusát (Budapest, megyei jogú város, egyéb város vagy község).

⁷ Azt tekintjük roma származásúnak, aki 1) a nemzetiségre vonatkozó kérdésre adott válaszában önmagát cigányként vagy cigány származású magyarként határozta meg, vagy 2) aki a kérdező megítélése szerint roma.

Három változóval mérjük a fiatalok egészségi állapotát és jóllétét: gátolja-e egészségi probléma, betegség vagy rokkantság, mennyire magányos,⁸ illetve mennyire elégedett az élete eddigi alakulásával (0–10-es skála, ahol a magasabb érték magasabb fokú elégedettséget jelöl). A vallásosság (az egyház tanításait követi vagy a maga módján vallásos) pedig a fiatalok által vallott értékek mutatójaként szerepel az elemzésben.

A válaszadók 29–31 éves korára elért helyzetét a családi állapottal, a párkapcsolati helyzettel, a gyermekszámmal, a háztartástípussal, az iskolai végzettséggel, a munkaerőpiaci helyzettel, a foglalkozás jellegével és az anyagi deprivációval mérjük. A háztartástípusok megkülönböztetésének alapja, hogy van-e a válaszadónak együtt élő partnere, a szüleivel él-e és van-e gyermeke. Bizonytalan munkát végzők közé soroltuk mindazokat, akik határozott idejű munkaszerződéssel, közfoglalkoztatottként, gyakornokként, illetve szezonális, alkalmi vagy váltakozó rendszerességgel dolgoznak. Néhány változó nem csupán az adott pillanatban jellemző állapotot tükrözi, hanem élettapasztalatra vonatkozik: munkanélküliségi tapasztalat, tartós kapcsolata valaha felbomlott vagy elvált. Mivel a párkapcsolati és termékenységi életút még nem tekinthető ebben az életkorban lezártnak, a gyermekvállalási és a partnerrel való összeköltözési szándéokra vonatkozó kérdéseket is tartalmaz az elemzés. Ezen túl vizsgáljuk a fiatalok vallásosságát, magányosságát, elégedettségét az életük eddigi alakulásával, az egészségi állapotukat korlátozó betegség vagy rokkantság meglétét, illetve azt, hogy dohányoznak-e.

Az elemzés korlátai

Az alkalmazott módszerek ismertetése után ejtsük néhány szót az elemzés korlátairól is.

A felnőttiségnek az elemzésünkben alkalmazott kritériumaival kapcsolatban az adatokból nem derül ki, hogy azok a válaszadó saját döntésének eredményei-e, vagy pedig külső kényszer, a társadalmi-gazdasági körülmények

⁸ „Az ember közérzetét sok körülmény befolyásolhatja. A 3. válaszlap segítségével mondja meg, hogy mennyire igazak ezek Önre nézve. (1) Ön körül mindig van valaki, akivel beszélgethet mindennapi problémáiról. (2) Szükség esetén mindig támaszkodhat valakire. (3) Gyakran érzi úgy, hogy senkit sem érdekel, amit mond. (4) Hiányzik az életéből a meghittség és a melegség. (4) Gyakran magányosnak érzi magát.” 1 – egyáltalán nem, 2 – inkább nem, 3 – részben, 4 – teljesen igaz. A mutató az egyes kérdésekre adott válaszok számtani összege (az első és a második állítás esetén a kódolás megfordítása után), a magasabb érték nagyobb magányosságot jelöl.

következményei.⁹ Ha az elhúzódó felnőtté válás a gazdasági nehézségekkel és a bizonytalansággal szembesülő fiatalok megküzdési mechanizmusa, nem pedig szabad választás eredménye (Côté and Bynner, 2008), akkor ezt a szempontot figyelembe kell vennünk az eredmények értelmezésekor. Nem tudjuk azonban megkülönböztetni, hogy a válaszadók maguk választották-e a helyzetüket, vagy szándékaik és terveik ellenére belekényszerültek.

Az alkalmazott módszer korlátját jelenti, hogy a látens életutakat az alminta egészére határozzuk meg, és nem vesszük figyelembe, hogy a nők és a férfiak esetében a felnőtté válás életútjainak szerveződése eltérhet. Továbbá csak egy szűk csoportot, az 1981 és 1983 között született kohorszt elemezzük. Az ő tapasztalataik és életútjuk eltérhet a korábban és a később felnövő kohorszokétól. Ezért további elemzés szükséges a nemek közötti különbségek és az időbeli változás részletesebb vizsgálatához. Végül az itt alkalmazott leíró elemzésen túl többváltozós modellek segítségével pontosabb képet kaphatunk az egyes életútípusok előzményeinek önálló hatásáról és következményeiről – kiszűrve az esetleges szelekciós hatásokat –, valamint figyelembe vehetjük az egyes adatfelvételi hullámok közötti szelektív lemorzsolódást is.

EREDMÉNYEK

Jellemző szerepkészletek az egyes életkorokban

Az elemzés első részében a négy kérdészi hullámra külön-külön kialakítottuk a látens osztályokat, amelyeket a vizsgált felnőtt szerepeket eltérő kombinációi és valószínűségei jellemeznek. A tesztstatisztikák szerint a legjobb felosztás 18–20 és 29–31 éves korban három, 21–23 és 25–28 éves korban pedig négy osztályt eredményez (lásd *M1. táblázat*). Az egyes életkorokra jutó csoportok száma is arra utal, hogy a fiatalok életútja a húszas éveik közepén a legváltozatosabb.

18–20 éves korban a többség (63%) az általunk vizsgált szerepek átvétele szempontjából még nem tekinthető felnőttnek: valószínűleg nem végez kereső munkát, főállásban tanul, a szüleivel él, nincs együtt élő partnere, házastársa vagy gyermeke (*2. táblázat*). Ebben az életkorban 30%-uk már befejezte a tanulmányait, elkezdett dolgozni, de még egyfajta „gyermeki” státuszban,

⁹ Ez a megkülönböztetés elvezethetne minket ahhoz a kérdéshez, hogy milyen szerepet tölt be az egyéni döntés (*agency*) az életútban – és különösen a felnőtté válásban –, valamint, hogy ez egy kérdőíves kutatás keretein belül mennyire mérhető, azonban ezen gondolatok kifejtése túlmutatna a jelen elemzés keretein.

a szüleivel él. Csak 7%-uk rendelkezik saját családdal (rendszerint élet- vagy házastárssal, esetleg gyermekkel), de körükben a munkavállalás valószínűsége csak 33%.

2. táblázat: Egyes változóértékek feltételes valószínűségei és látens osztályvalószínűségek a négy adatfelvételi időpontban

Adat-felvételi hullám	Az 1981-1983-as kohorsz életkora	A látens osztály megnevezése	Szerepek					%
			főállású diák	kereső munkát végez	szüleivel él	part-nerrel él/házias	gyer-meke szüle-tett	
1.	18-20 év	Főállású diák	0,99	0,00	0,96	0,01	0,00	63,2
		Dolgozó gyermekstátuszban	0,02	0,62	0,97	0,04	0,02	29,6
		Családalapító	0,01	0,33	0,22	0,75	0,38	7,2
2.	21-23 év	Főállású diák	0,97	0,00	0,94	0,02	0,00	37,1
		Dolgozó gyermekstátuszban	0,00	0,80	0,90	0,02	0,02	43,2
		Családalapító	0,08	0,01	0,23	0,89	0,72	9,9
		Gyermektelen felnőtt	0,00	0,99	0,16	0,87	0,04	9,8
3.	25-27 év	Átmeneti	0,32	0,26	0,92	0,01	0,05	13,5
		Dolgozó gyermekstátuszban	0,00	0,99	0,80	0,05	0,01	44,9
		Családalapító	0,00	0,43	0,11	0,95	0,96	20,0
		Gyermektelen felnőtt	0,04	0,91	0,10	0,94	0,01	21,6
4.	29-31 év	Dolgozó gyermekstátuszban	0,01	0,75	0,87	0,07	0,10	32,0
		Családalapító	0,00	0,57	0,05	0,91	0,91	40,8
		Gyermektelen felnőtt	0,00	0,99	0,01	0,80	0,09	27,2

Megjegyzés: A 0,5-nél nagyobb – a látens osztályok értelmezésénél és elnevezésénél figyelembe vett – valószínűségeket szürke háttérszín jelöli.

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001-2013), az 1981-1983-as születési kohorsz, n = 1000, saját számítás.

21-23 éves korban a főállású diákok aránya már csak 37%, a legnagyobb csoportot a már dolgozó, de még a szüleikkel lakó, emiatt „gyermek” státuszúnak tekinthető fiatalok jelentik (43%). 10% családot alapított – tartós partnere és gyermeke van –, de jellemzően nem végez kereső munkát. További 10% a szüleivel

től külön, élet- vagy házastárssal él, dolgozik, de nincs gyermeke. Ők a gyermek-vállalás kivételével minden más szempontból felnőttnek tekinthetők.

Négy év elteltével már nem találtunk „főállású diák” csoportot, mivel 25–27 éves korukra a többség már befejezte a tanulmányait. 14% azonban továbbra is az iskola és a munka közötti „átmeneti” helyzetben van, a szüleivel él és nem alapított saját családot. Ebben az életkorban is a „dolgozó gyermekstátuszban” csoport a legnépesebb (45%). Már 20% rendelkezik saját családdal, míg 22% a szülőség kivételével minden felnőtt szerepet átvett.

29–31 éves korban újra három csoportot találtunk: 32% „gyermek” státuszban levő munkavállaló, 41% családot alapított és 27% gyermektelen felnőtt. Főállású diákot már gyakorlatilag nem találni, valamint az iskolapad és a munka világa közötti átmeneti csoport is eltűnt. Érdekes módon a 30 év körüli fiatalok egyharmada még „gyermekstátuszban” a szüleivel él, saját családdal nem rendelkezik, de dolgozik – ők tekinthetők a felnőtt szerepek átvétele alapján a „legkevésbé felnőttnek”. A családalapítók és a gyermektelen felnőttek azok, akik a szerepek átvétele szempontjából a „leginkább felnőttnek” tekinthetők. Az utóbbi csoport tagjai bár a szüleiktől külön, tartós partnerrel élnek és dolgoznak, de nincsen gyermekük. A családalapítók partnerrel és gyermekkel is rendelkeznek, a szüleiktől már elköltöztek, de a kereső munkavégzés valószínűsége a körükben csak 57% (a férfiaknál 83%, a nőknél 45% – vagyis az alacsony érték oka a gyermek-nevelési szabadságon levő nők magas aránya).

Az elméleti szakirodalom és korábbi kutatási eredmények alapján több más változót is bevontunk az LCA elemzésbe, amelyektől azt vártuk, hogy további csoportokat különíthetünk el a segítségükkel. Azonban egyik életkorban sem találtunk olyan látens csoportokat, amelyeket a következő átmeneti, bizonytalan élethelyzetek, újfajta együttélési és párkapcsolati formák vagy visszafordított átmenetek jellemeztek volna: külön élő partnere van, elvált vagy élettársi kapcsolata felbomlott, tanulás mellett dolgozik, visszatért az iskolapadba, bizonytalan a munkaerőpiaci helyzete (szerződéses, alkalmi, megbízási, közmunka), részmunkaidőben dolgozik, egyszemélyes háztartásban él, ideiglenesen a szülőktől távol él vagy visszaköltözött a szülői háztartásba. Ezek az élethelyzetek rövidebb-hosszabb ideig bizonyára sok fiatal életében jelen vannak, azonban vagy csak az élet egy-egy területét és csak átmenetileg érintik, vagy esetleg csak egy-egy társadalmi csoportra jellemzők, esetleg idősebb életkorban jelentkeznek. A „hagyományos” státuszváltozóink segítségével is sikerült azonban kimutatni a húszas éveikben előforduló átmeneti, inkonzisztens helyzeteket és a felnőtt szerepek átvételének kitolódását.

A felnőtté válás látens életúttypusai

Az elemzés második részében a négy időpontra vonatkozóan kialakított szerepkészletek közötti jellemző átmeneteket vizsgáltuk meg, ismét az LCA módszerével alakítottunk ki csoportokat. A felnőtté válás négy eltérő életúttypusát különböztettük meg. Vagyis a felnőtté válásnak nincs egy egységes útja, amelynek lépcsőin minden fiatal végigmegy – jelentősek a különbségek az időzítésben, és nem él át mindenki minden átmenetet. A 3. ábra az öt felnőtt szerep átvételének valószínűségét ábrázolja az életkor függvényében az egyes életúttypusokban. A grafikonok megmutatják, hogy jellemzően milyen életkorban és milyen arányban él át az adott átmeneteket a vizsgált fiatalok – az átmenetek sorrendiségére azonban nem következtethetünk a segítségükkel.

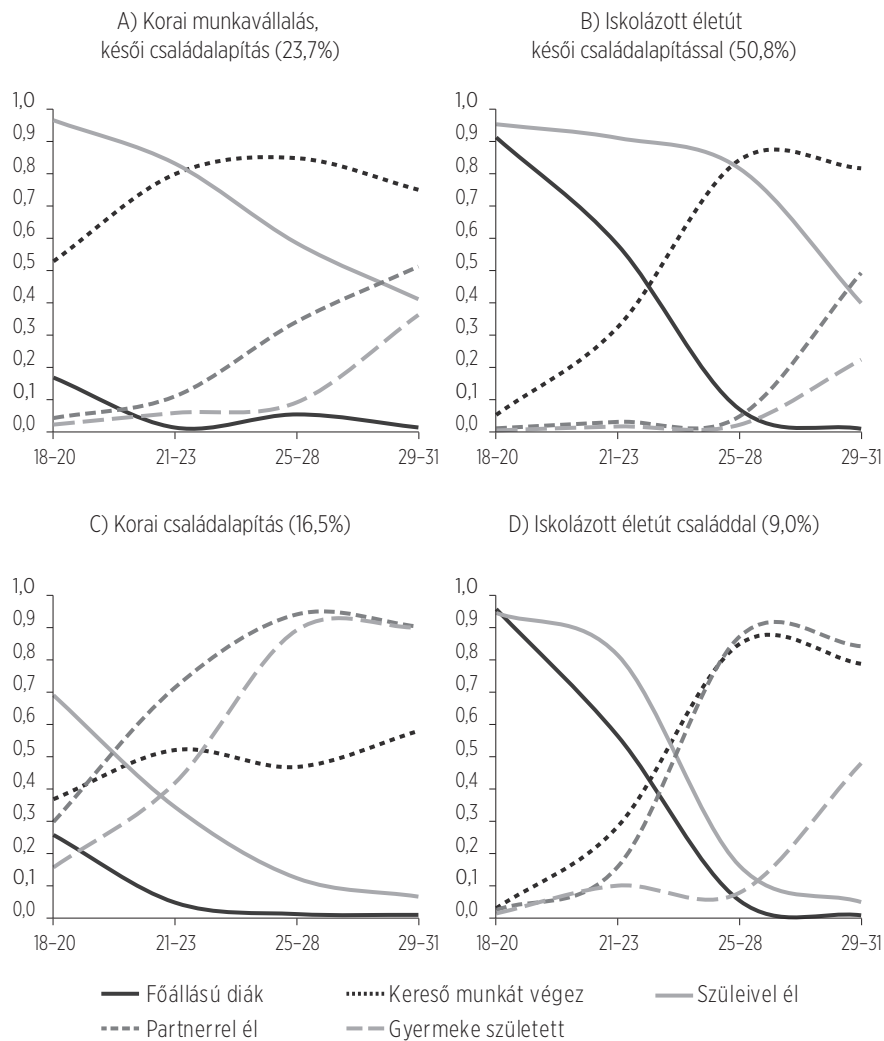
A legtöbb fiatal az „iskolázott életút késői családalapítással” csoportba sorolható (51%, B). Későn hagyják el az oktatási rendszert – elég későn ahhoz, hogy felsőfokú végzettséget szerezzenek –, majd a legtöbbjük kereső munkát vállal. Viszonylag későn hagyják el a szülői házat (30 éves koruk körül még 40%-uk a szüleivel él), még később alapítanak családot, és 29–31 éves korukra csak 20%-uknak születik gyermeke.

Minden negyedik válaszadót a korai munkavállalás és késői családalapítás jellemmez (24%, A). Rövidebb ideig tanulnak, hamarabb belépnek a munkaerőpiacra, valamivel korábban elköltöznek a szüleiktől és családot alapítanak, mint az előző csoport tagjai. 29–31 éves korukra az A és a B csoport tagjai hasonló élethelyzetet érnek el, de az eltérő iskolai életút miatt a felnőtté válás fontos átmeneteit eltérően időzítik.

A fiatalok 17%-ára jellemző a korai családalapítás (C). Korán befejezik a tanulmányaikat és elköltöznek a szülői háztartásból, hamar munkába is állnak, de a megfigyelési időszak végére ők dolgoznak a legkisebb valószínűséggel (a nők között ennek részben a gyermekvállalás az oka). Viszonylag korán és nagy arányban alapítanak élettársi kapcsolatot vagy kötnek házasságot, 90%-uknak 30 éves korára már gyermeke születik.

A legkisebb csoport (D) az „iskolázott életút családdal” elnevezést kapta (9%): az oktatási és munkaerőpiaci történetük hasonlít a másik iskolázott csoportéra (B), de korábban elköltöznek a szülői házból, és korábban kezdenek élettársi együttélést vagy kötnek házasságot. A korai párkapcsolat ellenére a D csoport tagjai viszonylag későn vállalnak gyermeket. Leginkább a D csoport életútja felel meg a felnőtté válás hagyományos modelljének, de a nők és a férfiak között is ebbe a csoportba tartoznak a legkevesebben.

3. ábra: Az egyes szerepek látens feltételes valószínűsége életkor szerint a felnőtté válás négy látens élettípusában

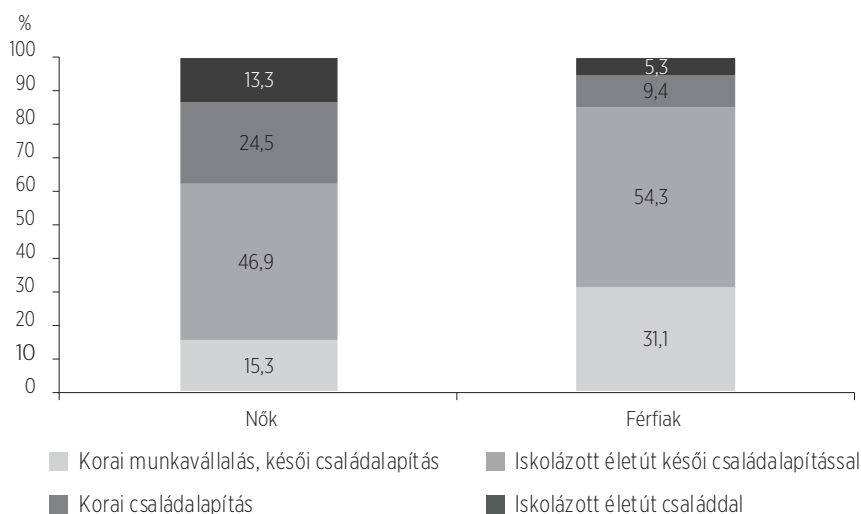


Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, n = 1000, saját számítás.

A nők és a férfiak esetében eltér a felnőtté válás élettípusainak gyakorisága (4. ábra). A nők gyakrabban élnek át a standardnak mondható, magasabban iskolázott és családot alapító életutat, mint a férfiak, és a korai családalapítás is elsősorban a nőkre jellemző. Minden második férfira jellemző az iskolázott élet-

út és a késői családalapítás, a nők körében is ez a leggyakoribb típus. A korai munkavállalás és a késői családalapítás minden harmadik férfira és csak minden hetedik nőre jellemző. Összességében a férfiak és a nők közötti legfontosabb eltérés, hogy a férfiak körében körülbelül négyszer nagyobb a családalapítást későre időzítők aránya, mint a nőknél.

4. ábra: A nők és férfiak megoszlása a felnőtté válás látens életúttypusai szerint



Megjegyzés: Az eltérés statisztikailag szignifikáns (Pearson-féle χ^2 -próba, $p = 0,000$).

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, $n = 1000$, saját számítás.

Az életúttypusok előzményei

Az elemzés harmadik részében bemutatjuk, hogy a felnőtté válás négy életúttypusa az előzményeik tekintetében is eltér-e egymástól (3–5. táblázat).

A korán munkát vállaló, későn családot alapító csoport kétharmada férfi. A csoportban felülreprezentáltak az alacsony vagy szakmunkás végzettségű szülők gyermekei, a szakmunkás végzettségűek és a községben lakók. Ebben a csoportban a legalacsonyabb azok aránya, akik kétszülős családban nőttek fel, bár a gyermekkori család összetétele szerinti eltérések statisztikailag nem szignifikánsak. Anyagi szempontból az átlagnál valamivel rosszabb a helyzetük, és magas körökben a munkanélküliek (a férfiak 27, a nők 15%-a), a sorkatonák és az egyéb inaktívak aránya. Ez a legkevésbé vallásos csoport.

A korán családot alapító csoport kétharmada nő, és felülreprezentáltak az alacsony iskolázott szülői háttérrel rendelkezők, a nagycsaládban felnővők, a romák és a községben élők. Csak mintegy harmaduk dolgozik, egynegyed részük még tanul, és a férfiak körében sokan munkanélküliek (25%) vagy sorkatonák (13%), a nők körében pedig viszonylag gyakran gyermekgondozási szabadságon vannak (16%) vagy egyéb inaktívak (13%). A szubjektív háztartási jövedelmük a legalacsonyabb, a depriváltak aránya pedig ebben a csoportban a legmagasabb. A csoport minden tizedik tagja küzd valamilyen egészségi problémával.

3. táblázat: A felnőtté válás egyes életúttypusaiba sorolt válaszadók nem és családi háttér szerinti összetétele 18–20 éves korban

(%)

	Korai munka- vállalás, késői család- alapítás	Iskolázott életút késői családala- pítással	Korai család- alapítás	Iskolázott életút családdal	Össze- sen
Nem ***					
Nő	30,2	43,2	69,7	69,0	46,8
Férfi	69,8	56,8	30,3	31,0	53,2
Szülők iskolai végzettsége (ha ismert) ***					
Legfeljebb alapfok	19,4	5,7	25,6	5,2	12,3
Szakmunkásképző	39,5	22,8	42,6	28,5	30,7
Érettségi	33,0	40,9	21,0	39,6	35,5
Diploma	8,1	30,6	10,8	26,8	21,6
Család összetétele 16 éves korig					
Végig két vér szerinti szülővel élt	68,8	74,6	74,2	83,8	74,0
Volt egyszülős időszak	16,9	11,9	11,7	3,6	12,3
Volt egyszülős és nevelőszülős időszak is	14,3	13,5	14,1	12,6	13,7
Együtt nevelkedett testvérek száma (átlag) ***	2,4	2,2	3,0	2,2	2,4
Roma származás ***	5,7	2,0	16,9	0,9	5,2

Megjegyzés: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, † $p < 0,1$ (Pearson-féle χ^2 -próba, illetve varianciaelemzés alapján).

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, $n = 1000$, saját számítás.

4. táblázat: A felnőtté válás egyes életúttypusaiba sorolt válaszadók társadalmi-gazdasági helyzet szerinti összetétele 18–20 éves korban

(%)

	Korai munka- vállalás, késői család- alapítás	Iskolázott életút családala- pítással	Korai család- alapítás	Iskolázott életút családdal	Össze- sen
Iskolai végzettség ***					
Legfeljebb alapfok	19,9	37,7	37,1	29,9	32,7
Szaktanulmányok	45,7	5,8	35,8	5,0	20,1
Szakközépiskola	25,4	25,9	15,2	20,9	23,5
Gimnázium	8,9	30,7	11,9	44,2	23,7
Milyen oktatási intézménybe jár (ha tanul) ***					
Általános iskola	3,5	0,7	0,0	0,0	0,7
Szaktanulmányok	0,0	10,4	23,0	7,8	10,5
Szakközépiskola	18,9	23,1	17,4	19,8	22,0
Gimnázium	39,2	15,3	5,4	12,1	15,3
Felsőfokú szakképzés	22,2	18,4	22,2	13,7	18,3
Főiskola	16,3	19,6	25,3	24,5	20,5
Egyetem	0,0	12,4	6,7	22,1	12,7
Munkaerőpiaci helyzet ***					
Alkalmazott, önálló	56,3	2,8	36,1	1,1	20,8
Tanul	0,8	95,4	24,9	98,2	61,6
Gyeten/gyedén/gyeten van	2,6	0,0	11,7	0,0	2,5
Munkanélküli	23,7	1,7	13,5	0,0	8,7
Sorkaton	6,9	0,0	4,0	0,0	2,3
Egyéb inaktív	9,7	0,1	9,8	0,7	4,0
Anyagiilag deprivált ***	31,8	20,4	40,7	8,0	25,3
Háztartás szubjektív anyagi helyzete**					
Nélkülözések között élnek	4,1	2,8	8,0	1,7	3,9
Hónapról hónapra anyagi gondjaik vannak	19,6	13,0	23,8	6,5	15,7
Beosztással épp hogy kijönnek	43,8	38,9	38,4	44,1	40,4
Elfogadhatóan élnek	29,8	38,3	27,5	42,5	34,9
Gondok nélkül élnek	2,8	7,0	2,2	5,2	5,1
Lakóhely ***					
Budapest	20,4	23,8	8,5	16,8	19,9
Megyei jogú város	13,0	24,2	20,7	26,8	21,2
Egyéb város	28,4	25,9	27,9	29,8	27,2
Község	38,2	26,0	42,9	26,6	31,7

Megjegyzés: *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, + p<0,1 (Pearson-féle χ^2 -próba alapján).

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, n = 1000, saját számítás.

A két iskolázott csoportban viszonylag magas az érettségizett vagy diplomás szülők gyermekeinek aránya, a testvérszám és a romák aránya pedig ebben a két csoportban a legalacsonyabb. Viszonylag sok közöttük a (nagy)városi, a háztartási jövedelem kedvező. A hasonlóságok mellett azonban van néhány lényeges különbség is a két iskolázott csoport között. A családos, iskolázott életútcsoporthoz felülreprezentáltak a nők, míg a későn családot alapító iskolázottak között nagyjából kiegyenlített a nemek aránya. A kétszülős családi háttér a családos iskolázott csoportban a leggyakoribb, egyben ez a leginkább vallásos csoport. A későn családot alapító iskolázott csoportban többen tanulnak középfokon vagy felsőfokú szakképzésben, és kevesebben a felsőoktatásban, mint a családos iskolázott csoportban. Az „iskolázott életút családdal” életúttípusba sorolt fiatalok háztartásának anyagi helyzete is jobb, mint az „iskolázott életút késői családalapítással” csoportba tartozóké.

5. táblázat: A felnőtté válás egyes életúttípusaiba sorolt válaszadók egészség, jóllét és értékek szerinti összetétele 18–20 éves korban

	(%)				
	Korai munkavállalás, késői családalapítás	Iskolázott életút késői családalapítással	Korai családalapítás	Iskolázott életút családdal	Összesen
Gátolja egészségi probléma *	9,6	6,2	10,0	1,0	7,2
Magányosság (átlag) *	7,8	7,3	7,9	7,0	7,5
Elégedettség élete eddigi alakulásával (átlag, 0–10) ***	6,5	7,4	6,5	7,8	7,0
Vallásos †	49,7	56,1	61,5	68,9	56,7

Megjegyzés: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, † $p < 0,1$ (Pearson-féle χ^2 -próba, illetve varianciaelemzés alapján).

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, $n = 1000$, saját számítás.

Az életúttípusok kimenetei

Az előzmények vizsgálata után arra a kérdésre keressük a választ, hogy mi jellemző a felnőtté válás egyes típusaiba sorolt válaszadókra 29–31 éves korukban (6–8. táblázat).

A „korai munkavállalás, késői családalapítás” csoport négyötöd része nőtlen vagy hajadon, de sokuknak van élettársa vagy külön élő partnere, és

egyharmaduknak korábban már felbomlott az élettársi kapcsolata, illetve elvált. A csoport egyedülálló tagjainak 56%-a szeretne három éven belül összeköltözni egy partnerrel. A gyermekszám viszonylag alacsony a csoportban, de 55%-uk szeretne három éven belül (további) gyermeket. Ebben a csoportban a legmagasabb a szülőkkel élők aránya (53%), és a szüleikkel közös háztartást alkotók 12%-a élet- vagy házastárssal is rendelkezik. Bár viszonylag magas az egyedülálló aránya, a szülőkkel való gyakori együttélés miatt csupán 9%-uk él egyszemélyes háztartásban, ami nem különbözik a mintaátlagtól.

6. táblázat: Demográfiai helyzet 29–31 éves korban a felnőtté válás típusai szerint

(%)

	Korai munka- vállalás, késői család- alapítás	Iskolázott életút késői családala- pítással	Korai család- alapítás	Iskolázott életút családdal	Össze- sen
Családi állapot ***					
Nőtlen/hajadon	79,9	77,4	37,2	42,1	64,3
Házias	12,9	20,1	49,8	48,9	29,1
Elvált	7,2	2,5	13,0	8,9	6,6
Párkapcsolati helyzet ***					
Házias-, élettársal él	42,5	45,8	88,3	95,3	61,2
Különélő partnere van	26,6	20,3	0,9	3,6	15,1
Nincs partnere	30,9	34,2	10,8	1,1	23,7
Tartós kapcsolata valaha felbomlott és/vagy elvált **	31,8	21,3	44,0	37,7	30,7
Átlagos gyermekszám (ha van gyermeke) ***	1,23	1,13	2,15	1,18	1,65
Háztartástípus ***					
Egyedül él	9,2	12,9	0,9	4,7	8,4
Egyedülálló szülő	2,0	2,1	10,1	0,0	3,5
Szülőkkel él (partner és gyermek nélkül)	43,1	36,3	0,0	0,0	24,8
Egyedülálló szülő, szülőkkel él	3,2	1,5	0,7	0,0	1,5
Pár gyermek nélkül	18,6	27,2	5,8	48,2	23,9
Pár gyermek(ek)kel	17,9	13,5	81,5	45,9	33,6
Pár szülőkkel (gyermek nélkül)	3,4	2,6	0,0	1,3	2,0
Pár gyermek(ek)kel és szülőkkel	2,8	2,3	0,9	0,0	1,8
Egyéb	0,0	1,5	0,0	0,0	0,7

Megjegyzés: *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, + $p < 0,1$ (Pearson-féle χ^2 -próba, illetve varianciaelemzés alapján).

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, $n = 1000$, saját számítás.

A korán munkát vállaló és későn családot alapító csoport tagjai viszonylag alacsony iskolai végzettséget szereztek: 16%-uk alapfokú, 45%-uk szakmunkás végzettségű, a diplomások aránya pedig csak 6%. Négyötöd részük dolgozik, bár kétharmaduk az élete során már legalább egyszer volt munkanélküli (ami a négy csoport közül a legmagasabb arány), és 13%-uk jelenleg is az. A nők és a férfiak foglalkoztatottsági szintje nem tér el lényegesen egymástól, és a 18%-os férfi munkanélküliséggel a 18%-os gyermekgondozási szabadságon lévő női arány áll szemben. Ebben a csoportban a legmagasabb az önállók és a szakmunkásként dolgozók aránya, míg szellemi foglalkozásúból viszonylag keveset találunk. A bizonytalan munkavégzés aránya és az anyagi helyzet átlagosnak mondható. Egészség és jóllét szempontjából is átlagos a helyzetük, a dohányzók aránya azonban igen magas (40%).

A későn családot alapító iskolázott csoport 29–31 éves korra elért párkapcsolati és családi helyzete hasonló az előző, a korán munkát vállaló és későn családot alapítókéhoz, de van néhány lényeges különbség. Az iskolázott életúttípusba tartozók esetében kissé több a házas és az egyedülálló, és kevesebb, átlag alatti azoknak az aránya, akiknek korábbi tartós párkapcsolata felbomlott. Ebben a csoportban a legmagasabb az egyszemélyes háztartásban élők aránya (13%), 43% a szüleivel él, és a szülőkkel együtt élők 11%-ának együtt élő partnere is van. Az egyedülállók 72%-a szeretne a közeljövőben összeköltözni egy partnerrel, kétharmaduk pedig három éven belül (újabb) gyermeket vállalna.

A későn családot alapító iskolázott csoport tagjainak fele diplomát szerzett, 90%-uk legalább érettségizett. Négyötödük végez fizetett munkát (a férfiak 84, a nők 72%-a), a munkanélküliek aránya átlagos (a nők 6, a férfiak 12%-a), a nők 21%-a van gyeseen, gyeden vagy gyeten. A többségük beosztott szellemi foglalkozású (45%) vagy vezető (20%), illetve szakmunkásként dolgozik (21%). A bizonytalan munkavégzés és a munkanélküliségi tapasztalat az átlaghoz képest kevésbé jellemző rájuk. Az anyagi helyzetük viszonylag kedvező, és jóllét tekintetében nem térnek el a minta átlagától.

A korán családot alapítók döntő többsége házas- vagy élettárrsal él, 11%-uk egyedülálló, míg sokuknak (44%) már felbomlott legalább egy tartós párkapcsolata, ennek megfelelően az elváltak (13%) és az egyedülálló szülők (11%) aránya ebben a csoportban a legmagasabb. Itt a legmagasabb az átlagos gyermekszám, de három éven belül csak 20% szeretne újabb gyermeket, tehát a gyermekvállalás időszaka a csoport nagy része számára már véget ért.

7. táblázat: Társadalmi-gazdasági helyzet 29–31 éves korban a felnőtté válás típusai szerint

(%)

	Korai munka- vállalás, késői család- alapítás	Iskolázott életút családala- pítással	Korai család- alapítás	Iskolázott életút családdal	Össze- sen
Iskolai végzettség ***					
Legfeljebb alapfok	16,2	0,0	23,0	0,0	8,4
Szaktanulmányok	44,8	10,3	40,5	14,6	24,7
Szakközépiskola	16,1	20,1	14,5	14,9	17,3
Gimnázium	11,3	9,8	7,5	6,0	9,1
Felsőfokú szakképzés	5,3	17,3	3,8	17,3	11,9
Főiskola, alapképzés	6,3	22,5	8,7	22,7	16,1
Egyetem, mesterképzés, PhD	0,0	20,0	2,0	24,5	12,5
Munkaerőpiaci helyzet **					
Alkalmazott, önálló	78,6	79,3	61,2	73,8	74,5
Tanul	0,0	1,0	0,0	0,0	0,4
Gyeten/gyeten/gyeten van	4,9	8,8	20,1	19,3	11,9
Munkanélküli	12,9	9,6	11,9	5,8	10,3
Egyéb inaktív	3,6	1,4	6,9	1,2	3,0
Munkanélküliségi tapasztalat ***	69,5	41,5	54,6	33,1	49,0
Foglalkozás jellege (ha dolgozik) ***					
Önálló	11,2	4,4	3,3	0,0	5,1
Szaktanulmányok	32,7	20,8	27,6	5,5	22,5
Betanított munkás	18,1	8,2	23,1	23,0	15,2
Szaktanulmányok	9,0	0,7	9,8	0,0	4,1
Vezető	5,2	20,0	1,1	6,3	11,4
Beosztott diplomás szellemi	5,3	27,5	11,7	45,4	22,3
Beosztott érettségizett szellemi	11,6	15,8	13,3	15,1	14,3
Egyéb szellemi	5,4	1,3	3,9	0,0	2,5
Alkalmi fizikai	1,5	1,3	6,2	4,7	2,7
Bizonytalan munkavégzés (ha dolgozik) **	22,7	15,9	36,4	11,9	20,5
Anyagiilag deprivált ***	12,7	10,6	31,0	17,8	15,1
Háztartás szubjektív anyagi helyzete ***					
Nélkülözések között élnek	4,9	4,8	8,1	0,0	4,8
Hónapról hónapra anyagi gondjaik vannak	16,2	9,7	35,4	21,8	18,3
Beosztással épp hogy kijönnek	46,1	41,7	42,5	30,1	41,1
Elfogadhatóan élnek	31,6	37,1	14,0	35,2	30,7
Gondok nélkül élnek	1,3	6,8	0,0	13,0	5,1

Megjegyzés: *** p<0,001, ** p<0,01, * p<0,05, † p<0,1 (Pearson-féle χ^2 -próba alapján).

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, n = 1000, saját számítás.

A korai családalapítók csoportjának legalacsonyabb az iskolai végzettsége: 23%-uk legfeljebb általános iskolai, 41%-uk szakmunkás végzettséggel rendelkezik, ugyanakkor 37%-uk érettségizett vagy diplomás, tehát nem lehet kijelenteni, hogy kizárólag alacsony iskolázottsággal rendelkeznének. A foglalkoztatottsági arány ebben a csoportban a legalacsonyabb, főként a gyesen, a gyeden, illetve a gyeten levők viszonylag magas részaránya miatt (nők 27%-a). A korai családalapítók 55%-a volt már munkanélküli, 12%-a jelenleg is az (a férfiak 22, a nők 8%-a). Az alacsony iskolai végzettséggel összefüggésben magas a fizikai munkát végzők és alacsony a vezetőik vagy a szellemi munkát végző beosztottak aránya. A bizonytalan munkavégzés minden harmadik munkavállalót érinti a csoportban, ezzel másfélszeresen meghaladják a minta átlagát. Ebben a csoportban a legalacsonyabb a szubjektív háztartási jövedelem és a legmagasabb az anyagi depriváció: minden harmadik háztartás deprivált, 44% rendszeres anyagi gondokkal küzd vagy akár nélkülöz. A dohányzás, a magányosság és az élet alakulásával való elégedetlenség átlagot meghaladó szintje jellemzi a csoportot.

8. táblázat: Egészség, jóllét, szándékok és értékek 29–31 éves korban a felnőtté válás típusai szerint (%)

	Korai munka- vállalás, késői család- alapítás	Iskolázott életút késői családal- apítással	Korai család- alapítás	Iskolázott életút családdal	Össze- sen
Egészség, jóllét					
Gátolja egészségi probléma	5,6	6,1	7,6	–	5,4
Magányosság (átlag) **	7,0	7,1	7,8	6,0	7,1
Elégedettség élete eddigi alakulásával (átlag, 0–10) *	7,0	7,4	6,7	7,6	7,2
Dohányzik ***	40,2	29,7	38,9	13,7	31,6
Szándékok, értékek					
Szándékában áll partnerrel összeköltözni három éven belül (ha nincs együtt élő partnere) †	56,4	71,9	57,5	–	66,6
Gyermekvállalási szándék három éven belül ***	54,8	65,7	20,1	72,4	54,6
Vallásos ***	57,1	57,3	66,9	79,2	62,5

Megjegyzés: „–”: alacsony elemszám miatt a cella nem elemezhető. *** $p < 0,001$, ** $p < 0,01$, * $p < 0,05$, † $p < 0,1$ (Pearson-féle χ^2 -próba, illetve varianciaelemzés alapján).

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, $n = 1000$, saját számítás.

Az iskolázott, családos életút képviselőinek 95%-a házas- vagy élettárrsal él. Az átlagos gyermekszámuk alig haladja meg az egyet és a párok fele (még) gyermektelen. A gyermekvállalási időszak sokuk számára még nem zárult le vagy el sem kezdődött, erre utal, hogy 70%-uk három éven belül szeretne egy (újabb) gyermeket. Akiknek nincs együtt élő partnerük, rendszerint egyszemélyes háztartásban élnek; a szülőkkel való együttélés ebben a csoportban nem jellemző.

A családos és iskolázott csoport 86%-a legalább érettségit szerzett, a diplomások aránya 47%. Kétharmaduk dolgozik (a nők 68, a férfiak 93%-a), a nők negyede gyermekgondozási szabadságon van. A munkanélküliség szintje alacsony és ők tapasztalták meg a legkisebb arányban (33%). Kétharmaduk szellemi munkát végez, viszont meglepően magas a betanított munkások aránya is, amely a csoport kis elemszáma miatt a véletlen hatása is lehet. Kevésbé jellemző rájuk a bizonytalan munkavégzés és az anyagi depriváció, a szubjektív háztartási jövedelem pedig a négy csoport közül itt a legmagasabb. Ők a leginkább vallásos csoport, az életükkel ők a legelégedettebbek, a legkevésbé magányosak, és csak 14%-uk dohányzik.

KÖVETKEZTETÉSEK

A tanulmányban a felnőtté válás folyamatának jellemző típusait, azok előzményeit és kimeneteit vizsgáltuk a 2000-es évek Magyarországon. Az elemzéshez az Életünk fordulópontjai panelkutatás 1981–1983-as születési kohorszáinak 18 és 31 éves kora közötti életútjára vonatkozó adatait használtuk és kétlépcsős, látens osztályelemzést végeztünk.

Az eredmények alapján megállapíthatjuk, hogy az élethelyzetek a vizsgált fiatalok 20-as élet éveinek során jelentősen eltérnek és az életkor függvényében változnak. A kamaszkor és a felnőttkor között átmeneti időszak – a posztadolescencia – nagyon eltérő szerepkészletekkel írható le, nem tekinthető egy egységes életszakasznak. A felnőtté válás négy eltérő útját azonosítottuk, vagyis nincs egyetlen domináns felnőtté válási mód. A leggyakoribb típus a kitolódó tanulás után késői családalapítás (51%). A korai munkavállalás, késői családalapítás a fiatalok 24%-ára, a korai családalapítás 17%-ára jellemző. Érdekes módon napjainkra a „legsabályosabbnak” tekinthető, a felnőtté válás hagyományos, lineáris modelljét megtestesítő „iskolázott életút családdal” a legritkább (9%).

Az azonosított életúttípusok határozott egyezést mutatnak más országokban (pl. Amerikai Egyesült Államok, Egyesült Királyság, Finnország), hasonló módszerrel végzett elemzések eredményeivel (Amato et al., 2008; Osgood et al., 2005; Räikkönen et al., 2012; Schoon, 2014), amelyek az országok közötti kulturális, társadalmi és gazdasági különbségek fényében meglepő. A magyar adatokat is tartalmazó nemzetközi összehasonlításokban azonosított életúttípusok is részben megfeleltethetők az általunk feltárt csoportoknak (Lesnard et al., 2016; Schwanitz, 2017). Az idézett elemzések mindegyike talált egy viszonylag népes, iskolázott, gyermektelen, a szülőktől függetlenül élő csoportot, amely megfeleltethető az „iskolázott életút késői családalapítással” életúttípusunknak. A nemzetközi kutatások legnagyobb csoportja munkaorientált, gyermektelen és jellemzően középfokú végzettséggel rendelkezik. Hozzájuk hasonlít egy „megkésített” csoport, azzal a különbséggel, hogy ők gyakran a szülői házban élnek. Ez a két felnőtté válási típus megfeleltethető az elemzésünk „korai munka, késői család” csoportjának. Az Egyesült Királyságban találtak egy „sérülékeny” csoportot is, akik alacsony végzettségűek, kis arányban dolgoznak és korán családot alapítottak, ami megfelel a mi „korai családalapítás” életúttípusunknak.

A hagyományos családi életutat bejártak a nemzetközi eredmények szerint minden felnőtt szerepátmenetet átéltek a húszas éveik második feléig, és általában alacsony vagy középfokú végzettséggel bírnak. A magyar adatok szerint azonban inkább az iskolázottakra (és a legelőnyösebb családi háttérrel rendelkezőkre) jellemző ez az életút, és a harmincas éveik elejére elért helyzetük is a legkedvezőbb. Tehát hazai sajátosság, hogy a legstandardabb – és egyben legritkább – felnőtté válási út egyfajta „társadalmi kiváltság”. A viszonylag hosszú tanulási időszak során ki tudják használni az elhúzódó felnőtté válás, mint életútszakasz nyújtotta lehetőségeket, ugyanakkor az iskolapadból történő kilépés után viszonylag hamar előnyös munkaerőpiaci és anyagi helyzetet tudnak elérni, és nem halasztják (tovább) a szülői ház elhagyását és a tartós párkapcsolat kialakítását.

Az eredmények tehát alátámasztják, hogy a felnőtté válás eltérő útjait járó fiatalok esetében nemcsak maga a bejárt út (a felnőtt státuszba átvezető átmenetek időzítése) más és más, hanem már az út kezdete is (az élet-helyzetük a nagykorúság elérésekor), és természetesen az út végén az elért „felnőtt” helyzet is meglehetősen eltérő lehet. A változatosság mellett azonban az életutak továbbra is többé-kevésbé strukturálisan meghatározottak. Az iskolapadban töltött idő alapvetően strukturálja a fiatalok életútját: a teljes munkaidejű munkavállalás és ezzel együtt az anyagi függetlenség megte-

remtése csak a (nappali tagozatos) tanulmányok befejezése után lehetséges, valamint a családalapítás is későbbre tolódik a tanulói és a családi szerepek inkompatibilitása miatt (Blossfeld and Huinink, 1991; Molnár, 2014; Spéder and Bartus, 2016). Természetesen az alacsonyabb és a magasabb végzettséggel rendelkezők életútja nem csak amiatt tér el, hogy más-más életkorban fejezik be a tanulmányaikat, hanem a megszerzett iskolai végzettség erőteljesen befolyásolja az életútjuk más dimenzióit, a munkaerőpiaci és a családi életpályájukat is.

A társadalmi-gazdasági háttérrel és a kimenetekkel kapcsolatos eredményeink szerint a két iskolázott csoport háttére és elért helyzete a legelőnyösebb. Esetükben a viszonylag hosszú képzési időt követően a munkába állás időzítése hasonló. Abban térnek el leginkább egymástól, hogy mikorra időzítik a családalapítást, illetve az iskolázott családalapítók vallásosabbak. A korán munkát vállaló és későn családot alapító csoport helyzete az átlagnál rosszabb, de előnyösebb a munkaerőpiaci helyzetük, mint a korán családot alapítóké. Jellemző rájuk a megtört párkapcsolati életút, a szülőkkel közös háztartás és a munkanélküliségi tapasztalat. Az esetükben a felnőtté válás egyes dimenzióira a korai, míg másokra a késleltetett önállósodás a jellemző, a felnőtt szerepek átvétele elhúzódik.

Két életúttípus esetén jellemző a késői családalapítás: egy korán munkát vállaló és kevésbé iskolázott, illetve egy iskolázottabb csoportban. 30 éves kora körül az előbbi csoport tagjainak csak alig több mint a fele, az utóbbi csoportnak pedig a 72%-a szeretne három éven belül élettársi kapcsolatban vagy házasságban élni. A három éven belüli gyermekvállalási szándékban is hasonló különbséget találunk (55% vs. 66%). Ez arra utal, hogy a partner nélkül élők körében az alacsonyabb végzettségű késői családalapítók mintegy fele nem rendelkezik párkapcsolati vagy gyermekvállalási tervekkel (ebben közrejátszhat egy korábban átélt párkapcsolati kudarc, vagy lemondanak a terveikről, mert kevésbé „kelendők” a kapcsolati piacon). Az iskolázottabbak esetében inkább időzítési hatásról van szó: az elhúzódó tanulmányokat követően rövidebb idő állt rendelkezésre egy tartós párkapcsolat kialakítására, és sokan 30 éves koruk körül még nem tettek le ezirányú terveikről.

A korai családalapítók háttére és elért helyzete a leghátrányosabb. A felnőtté válás fő útja és lehetősége számukra a partnerkapcsolat és a gyermekvállalás, a munkapiaci integráltságuk alacsony. A szülői erőforrások és az azokhoz való hozzáférésük szűkös, és körükben gyakran újratermelődnek a származási hátrányok. Három magyarázat adódik a hátrányos helyzet és a korai családalapítás közötti összefüggésre. Az első szerint a korán családot alapítók egy része

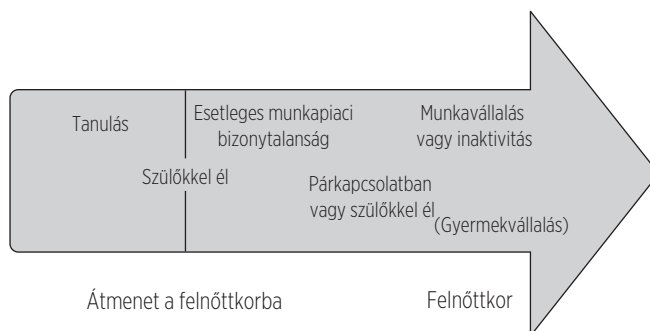
számára nem elérhetőek más választási lehetőségek, amelyek révén felnőtté, a közösség elismert tagjává válhatnának (lásd Durst, 2006; Fernández Kelly, 1998). Bár a csoportban felülreprezentáltak a hátrányos társadalmi helyzetűek, szép számmal akadnak olyan korai családalapítók is, akikre ez nem jellemző. Esetükben szó lehet egyfajta értékválasztásról is (pl. a vallásosok aránya ebben a csoportban a legnagyobb). Ezen kívül a bizonytalannak érzett helyzet és korlátozott munkaerőpiaci előrelépési lehetőségek esetén – amely nem feltétlenül jelent objektíve rossz életkörülményeket – a párkapcsolat és a szülővé válás egyfajta biztos pontot, kapaszkodót jelenthet (bizonytalanság redukciójának elmélete, lásd Friedman et al., 1994; hasonló következtetésre jutott Bukodi and Róbert, 2005 is).

Ami a posztadolescens életszakasz hossza és a társadalmi-gazdasági helyzet közötti kapcsolatot illeti, az eredmények megerősítik azt a korábbi elméleti és empirikus szakirodalomban megtalálható megállapítást, hogy a túl korai önállósodás és a „bennragadás” egyaránt összefügghet társadalmi hátrányokkal (Arnett, 2000; Elder, 1975; Furstenberg, 2008; Furstenberg et al., 2004; Lui et al., 2014; Mortimer 2012). A felnőtté válás immár standardnak tekinthető életútja, amelyet a viszonylag hosszú tanulási időszak után a gyors önállósodás jellemez, leginkább a származási háttér és az elért helyzet alapján legelőnyösebb helyzetben lévők számára érhető el.

Visszatérve a tanulmány elején idézett elméleti megfontolásokhoz, Galland „elhúzódozó átmenet” modellje (2004, p. 151) kisebb módosításokkal a jelenkori hazai viszonyokra illeszthető (4. ábra). A felnőttkort megelőző és a felnőtt életszakasz közötti határvonal elmosódott. A magán- és a nyilvános szféra (a család és az iskola—munka területeinek) szerepátmenetei kevésbe esnek egybe, mint az eredeti modellben: a fontos életesemények egymáshoz viszonyított időzítése változatosabb. A tanulmányokat a munkaerőpiaci bizonytalanság időszaka követheti, majd a munkavállalás vagy az inaktivitás (kilépés és kívül maradás a munkaerőpiacról) következik. Néhány fiatal hosszú ideig a szüleivel él, el sem költözik vagy visszatér oda, ami nemcsak a családi életútjukkal függ össze, hanem a munkaerőpiacon (vagy azon kívül) betöltött helyzetükkel is. További eltérés az eredeti modellhez képest, hogy Magyarországon nem különül el egy olyan életszakasz, amikor a fiatalok jellemző módon egyedül élnek, ezért a modellnek ezt az elemét elhagytuk. A gyermekvállalás viszont bekerült a modellbe, mert a mai Magyarországon a fiatalok egy csoportja számára ez a felnőtté válás fontos módját jelentheti. Sokak számára azonban a felnőtttség és a szülőség nem függ

össze – erre utal az első gyermek vállalásának jelentős kitolódása és a különböző okból gyermektelenek növekvő aránya –, ezért került a gyermekvállalás zárójelbe a modellben.

5. ábra: A felnőtté válás módosított „elhúzódó átmenet” modellje



Megjegyzés: Galland (2004, p. 151) modelljének a szerző által a magyarországi helyzetre adaptált változata.

IRODALOM

- Ahmed, P. and Emigh, R. J. (2005). Household composition in post-socialist Eastern Europe. *International Journal of Sociology and Social Policy*, 25(3), 9–41.
- Amato, P. R., Landale, N. S., Havasevich, T. C., Booth, A., Eggebeen, D. J., Schoen, R. and McHale, S. M. (2008). Precursors of young women's family formation pathways. *Journal of Marriage and Family*, 70(5), 1271–1286.
- Arnett, J. J. (2000). Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. *American Psychologist*, 55(5), 469–480.
- Barban, N., and Billari, F. C. (2012). Classifying life course trajectories: A comparison of latent class and sequence analysis. *Journal of the Royal Statistical Society: Series C (Applied Statistics)*, 61(5), 765–784.
- Bauer B. és Szabó A. (szerk.) (2005). *Ifjúság2004: Gyorsjelentés*. Budapest: Mobilitás Ifjúságkutatási Iroda.
- Beck, U. and Beck-Gernsheim, E. (2002). *Individualization: Institutionalized individualism and its social and political consequences*. Thousand Oaks: Sage.
- Bene V., Krémer B. és Pintye Zs. (2018). A 15–29 éves korosztály foglalkoztatásáról és munkaerőpiaci perspektíváiról a Magyar Ifjúság Kutatás 2016 adatainak tükrében. In Nagy Á. (szerk.), *Margón kívül: Magyar ifjúságkutatás 2016* (98–153. o.). Budapest: Ex-center Kutatóközpont.
- Billari, F. C. (2001). The analysis of early life courses: Complex descriptions of the transition to adulthood. *Journal of Population Research*, 18(2), 119–142.
- Billari, F. C. and Liefbroer, A. C. (2010). Towards a new pattern of the transition to adulthood? *Advances in Life Course Research*, 15(2–3), 59–75.
- Blossfeld, H.-P. and Huinink, J. (1991). Human capital investments or norms of role transitions? How women's schooling and career affect the process of family formation. *American Journal of Sociology*, 97(1), 143–168.
- Bognár V. (2007). Első elszakadás a szülői háztól: A felnőtté válás kezdete? In Somlai P. (szerk.), *Új Ifjúság: Szociológiai tanulmányok a posztadolescensekről* (45–80. o.). Budapest: Napvilág.
- Brückner, H. and Mayer, K. U. (2005). De-standardization of the life course: What it might mean? And if it means anything, whether it actually took place? *Advances in Life Course Research*, 9, 27–53.
- Bukodi, E. and Róbert, P. (2005). The effect of the globalization process on the transition to adulthood in Hungary. In H.-P. Blossfeld, E. Klijzing, M. Mills and K. Kurz (Eds.), *Globalization, uncertainty and youth in society* (pp. 177–213). London, New York: Routledge.
- Collins, L. M. and Lanza, S. T. (2010). *Latent class and latent transition analysis with applications in the social, behavioral, and health sciences*. Hoboken: Wiley.
- Côté, J. E. (2000). *Arrested adulthood: The changing nature of maturity and identity*. New York: New York University Press.
- Côté, J. E. and Bynner, J. (2008). Changes in the transition to adulthood in the UK and Canada: The role of structure and agency in emerging adulthood. *Journal of Youth Studies*, 11(3), 251–268.

- De Jong Gierveld, J., De Valk, H. and Blommesteijn, M. (2002). Living arrangements of older persons and family support in more developed countries. *Population Bulletin of the United Nations*, 42-43, 193-217.
- Domokos T. (2010). A felnőtt korba való átmenet demográfiája a poszt-szocialista Magyarországon. *Új ifjúsági szemle*, 8(3), 64-84.
- D'Souza, J. (2017, June 28). Xennials, the microgeneration between Gen X and Millennials. Because you can be a bit of both. *Huffington Post*. Available from www.huffingtonpost.ca
- Durst J. (2006). *Kirekesztettség és gyermekvállalás. A romák termékenységének változása néhány „gettósodó” aprófaluban (1970-2004)* (Doktori értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem, Szociológia Doktori Iskola). <http://phd.lib.uni-corvinus.hu/24/>
- Easterlin, R. A. (1987). *Birth and fortune: The impact of numbers on personal welfare* (2nd ed). Chicago: University of Chicago Press.
- Elder, G. H. (1975). Age differentiation and the life course. *Annual Review of Sociology*, 1(1), 165-190.
- Elder, G. H. (1985). *Life course dynamics: Trajectories and transitions, 1968-1980*. Ithaca, NY: Cornell University Press.
- Elzinga, C. H. and Liefbroer, A. C. (2007). De-standardization of family-life trajectories of young adults: A cross-national comparison using sequence analysis. *European Journal of Population*, 23(3-4), 225-250.
- Fernández-Kelly, M. P. (1998). Társadalmi és kulturális tőke a városi gettóban: Következmények a bevándorlás gazdaszociológiájára. In Lengyel Gy. és Szántó Z. (szerk.), *Tőkefajták: A társadalmi és kulturális erőforrások szociológiája* (239-280. o.). Budapest: Aula.
- Friedman, D., Hechter, M. and Kanazawa, S. (1994). A theory of the value of children. *Demography*, 31(3), 375-401.
- Furstenberg, F. F. (2008). The intersections of social class and the transition to adulthood. *New Directions for Child and Adolescent Development*, 119, 1-10.
- Furstenberg, F. F., Kennedy, S., McLoyd, V. C., Rumbaut, R. G. and Settersten, R. A. (2003). *Between adolescence and adulthood: Expectations about the timing of adulthood* (Network on the Transitions to Adulthood, Research Network Working Paper 1).
- Furstenberg, F. F., Kennedy, S., McLoyd, V. C., Rumbaut, R. G. and Settersten, R. A. (2004). Growing up is harder to do. *Contexts*, 3(3), 33-41.
- Füstös L., Kovács E., Meszéna Gy. és Simonné Mosolygó N. (2007). *Alakfelismerés: Sokváltozós statisztikai módszerek*. Budapest: Új Mandátum.
- Gábor K. (2000). *A középosztály szigete*. Szeged: Belvedere Meridionale.
- Galland, O. (2004). *Sociologie de la jeunesse*. Paris: Armand Colin.
- Gazsó F. és Laki L. (2004). *Fiatalok az újkapitalizmusban*. Budapest: Napvilág.
- Gazsó T. (2013). Munkaerő-piaci helyzetkép. In Székely L. (szerk.), *Magyar ifjúság 2012. Tanulmánykötet* (127-151. o.). Budapest: Kutatópont.
- George, L. K. (1993). Sociological perspectives in life transitions. *Annual Review of Sociology*, 19(1), 353-373.
- Hagenaars, J. A. and McCutcheon, A. L. (Eds.) (2002). *Applied latent class analysis*. Cambridge: Cambridge University Press.

- Herms-Bohnhoff, E. (1993). *Hotel Mama: Warum erwachsene Kinder heute nicht mehr ausziehen*. Zürich, Stuttgart: Kreuz Verlag.
- Híves T. és Kozma T. (2014). Az expanzió vége? *Educatio*, 2, 239–252.
- Hogan, D. P. and Astone, N. M. (1986). The transition to adulthood. *American Review of Sociology*, 12(1), 109–130.
- Kapitány B. (2006, október). *Objektív és szubjektív tényezők a felnőtté válás átalakuló folyamatában*. Az előadás elhangzott: Andorka Rudolf Emlékkonferencia, Budapest.
- Keniston, K. (1968). *Young radicals*. New York: Harcourt, Brace & World.
- Klein, H. (1990). Adolescence, youth and young adulthood. *Youth and Society*, 21(4), 446–471.
- Kozma, T. (2010). Expanzió: Tények és előrejelzések, 1983–2020. *Educatio*, 1, 7–18.
- Központi Statisztikai Hivatal (2005). *Lakásvizonyok az ezredfordulón*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Központi Statisztikai Hivatal (2012). Lakáshelyzet. In *Társadalmi helyzetkép 2010*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Központi Statisztikai Hivatal (2016). *Demográfiai évkönyv 2015*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal.
- Laki L. (2006). Az ifjúság a magyar társadalomban. In Kovách I. (szerk.), *Társadalmi metszetek: Érdekek és hatalmi viszonyok, individualizáció és egyenlőtlenség a mai Magyarországon* (177–205. o.). Budapest: Napvilág.
- Lanza, S. T., Dziak, J. J., Huang, L., Wagner, A. T. and Collins, L. M. (2018). *LCA Stata plugin users' guide* (Version 1.2.1). University Park, PA: Pennsylvania State University, The Methodology Center.
- Lesnard, L., Cousteaux, A.-S., Chanvrlil, F. and Le Hay, V. (2016). Do transitions to adulthood converge in Europe? An optimal matching analysis of work–family trajectories of men and women from 20 European countries. *European Sociological Review*, 32(3), 355–369.
- Liefbroer, A. C. (1999). From youth to adulthood: Understanding changing patterns of family formation from a life course perspective. In L. J. G. van Wissen and P. A. Dykstra (Eds.), *Population issues: An interdisciplinary focus* (pp. 53–85). New York: Kluwer.
- Lui, C. K., Chung, P. J., Wallace, S. P. and Aneshensel, C. S. (2014). Social status attainment during the transition to adulthood. *Journal of Youth and Adolescence*, 43(7), 1134–1150.
- Macmillan, R. and Billari, F. C. (2012, May). *Stability and change in the transition to adulthood: Latent structure analysis of three generations in the national longitudinal surveys*. Paper prepared for submission to the 2012 Annual Meeting of the Population Association of America. Available from <https://paa2012.princeton.edu>
- Macmillan, R. and Copher, R. (2005). Families in the life course: Interdependency of roles, role configurations, and pathways. *Journal of Marriage and Family*, 67(4), 858–879.
- Macmillan, R. and Eliason, S. R. (2003). Characterising the life course as role configurations and pathways: A latent structure approach. In J. T. Mortimer and M. J. Shanahan (Eds.), *Handbook of the life course* (pp. 529–554). New York: Kluwer Academic, Plenum Publishers.

- Macura, M. and Mochizuki-Sternberg, Y. (1999). Fertility decline in the transition economies, 1982–1997: Political, economic and social factors. In United Nations Economic Commission for Europe, *Economic Survey of Europe* (pp. 181–194). New York: United Nations Economic Commission for Europe.
- Magidson, J. and Vermunt, J. K. (2002). Latent class models for clustering: A comparison with K-means. *Canadian Journal of Marketing Research*, 20(1), 37–44.
- Manzoni, A. (2016). Conceptualizing and measuring youth independence multidimensionally in the United States. *Acta Sociologica*, 59(4), 362–377.
- Medgyesi M. és Nagy I. (2014). Fiatalok életkörülményei Magyarországon és az EU országokban 2007 és 2012 között. In Kolosi T. és Tóth I. Gy. (szerk.), *Társadalmi Riport 2014* (303–323. o.). Budapest: TÁRKI.
- Mills, M. and Blossfeld, H.-P. (2003). Globalization, uncertainty and changes in early life courses. *Zeitschrift für Erziehungswissenschaft*, 6(2), 188–218.
- Modell, J., Furstenberg, F. F. and Herschberg, T. (1976). Social change and transitions to adulthood in historical perspective. *Journal of Family History*, 1(1), 7–32.
- Molnár É. (2014). A kapunyitási pánik jelenségének vizsgálata a debreceni egyetemisták körében. *Metszetek*, 3(1), 358–371.
- Monostori J. és Murinkó L. (2018). Háztartás- és családszerkezet. In Monostori J., Őri P. és Spéder Zs. (szerk.), *Demográfiai portré 2018: Jelentés a magyar népesség helyzetéről* (177–197. o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Mortimer, J. T. (2012). Transition to adulthood, parental support, and early adult well-being: Recent findings from the Youth Development Study. In A. Booth, S. L. Brown, N. S. Landale, W. D. Manning and S. M. McHale (Eds.), *Early adulthood in a family context* (pp. 27–34). New York: Springer.
- Murinkó L. (2009). Elköltözés a szülői házból. In Spéder Zs. (szerk.), *Párhuzamok: Anyaország és erdélyi magyarok a századfordulón* (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 86) (107–131. o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Murinkó L. (2010). Mitől lesz valaki felnőtt? A családi szerepek és az önállóvá válás szerepe a felnőtté válásban Magyarországon. *Demográfia*, 53(1), 7–37.
- Murinkó L. és Spéder Zs. (szerk.) (2016). *Felhasználói kézikönyv az Életünk fordulópontjai panelkutatás 1–4. hullámához* (KSH Népeségtudományi Kutatóintézet Kutatási Jelentések 97). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Nyüsti Sz. (2013). Oktatási helyzetkép. In Székely L. (szerk.), *Magyar ifjúság 2012. Tanulmánykötet* (90–125. o.). Budapest: Kutatópont.
- Oesterle, S., Hawkins, J. D., Hill, K. G. and Bailey, J. A. (2010). Men's and women's pathways to adulthood and their adolescent precursors. *Journal of Marriage and Family*, 72(5), 1436–1453.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2000). *Education at a Glance 2000: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2010). *Education at a Glance 2010: OECD Indicators*. Paris: OECD Publishing.

- Osgood, D. W., Ruth, G., Eccles, J. S., Jacobs, J. E. and Barber, B. L. (2005). Six paths to adulthood: Fast starters, parents without careers, educated partners, educated singles, working singles, and slow starters. In R. A. Settersten, F. F. Furstenberg and R. Rumbaut (Eds.), *On the frontier of adulthood: Theory, research, and public policy* (pp. 320–355). Chicago: University of Chicago Press.
- Räikkönen, E., Kokko, K., Chen, M. and Pulkkinen, L. (2012). Patterns of adult roles, their antecedents and psychosocial wellbeing correlates among Finns born in 1959. *Longitudinal and Life Course Studies*, 3(2), 211–227.
- Robbins, A. and Wilner, A. (2001). *Quarterlife crisis: The unique challenges of life in your twenties*. New York: Penguin Putnam.
- Robette, N. (2010). The diversity of pathways to adulthood in France: Evidence from a holistic approach. *Advances in Life Course Research*, 15(2–3), 89–96.
- Salmela-Aro, K., Kiuru, N., Nurmi, J.-E. and Eerola, M. (2014). Antecedents and consequences of transitional pathways to adulthood among university students: 18-year longitudinal study. *Journal of Adult Development*, 21(1), 48–58.
- Schoon, I. (2015). Diverse pathways: Rethinking the transition to adulthood. In P. R. Amato, A. Booth, S. M. McHale and J. Van Hook (Eds.), *Families in an era of increasing inequality: Diverging destinies* (pp. 115–136). Zürich: Springer.
- Schwanitz, K. (2017). The transition to adulthood and pathways out of the parental home: A cross-national analysis. *Advances in Life Course Research*, 32, 21–34.
- Settersten, R. A. (2006). *Becoming adult: Meanings and markers for young Americans* (Network on the Transitions to Adulthood Working Paper, March).
- Shanahan, M. J. (2000). Pathways to adulthood in changing societies: Variability and mechanisms in life course perspective. *Annual Review of Sociology*, 26(1), 667–692.
- Shanahan, M. J., Porfeli, E. J., Mortimer, J. T. and Erickson, L. D. (2005). Subjective age identity and the transition to adulthood. When do adolescents become adults? In R. A. Settersten, F. F. Furstenberg and R. Rumbaut (Eds.), *On the frontier of adulthood: Theory, research, and public policy* (pp. 225–255). Chicago: University of Chicago Press.
- Skogbrott Birkeland, M., Leversen, I., Torsheim, T. and Wold, B. (2014). Pathways to adulthood and their precursors and outcomes. *Scandinavian Journal of Psychology*, 55(1), 26–32.
- Somlai P. (2007). A posztadolescencek kora: Bevezetés. In Somlai P. (szerk.), *Új Ifjúság: Szociológiai tanulmányok a posztadolescencekről* (9–43. o.). Budapest: Napvilág.
- Somlai P. (2010). Változó ifjúság. *Educatio*, 19(2), 175–190.
- Spéder Zs. (2005). Az európai családformák változatossága: Párkapcsolatok, szülői és gyermeki szerepek az európai országokban az ezredfordulón. *Századvég*, 10(37), 3–47.
- Spéder, Zs. and Bartus, T. (2016). Educational enrolment, double-status positions and the transition to motherhood in Hungary. *European Journal of Population*, 33(1), 55–85.

- Spéder, Zs., Kapitány, B. and Neumann, L. (2009). Life-course transitions in Hungary before and after the societal transformation. In D. Anxo, G. Bosch and J. Rubery (Eds.), *The welfare state and life transitions: A European perspective* (pp. 287–327). Cheltenham: Edward Elgar.
- Szabó A. és Bauer B. (szerk.) (2009). *Ifjúság2008. Gyorsjelentés*. Budapest: Szociálpolitikai és Munkaügyi Intézet.
- Szabó A., Bauer B. és Laki L. (2002). *Ifjúság 2000. Tanulmányok I.* Budapest: Nemzeti Ifjúságkutató Intézet.
- Székely L. (szerk.) (2013). *Magyar ifjúság 2012. Tanulmánykötet*. Budapest: Kutatópont.
- Székely L. és Szabó A. (szerk.) (2016). *Magyar ifjúság kutatás 2016. Az ifjúságkutatás első eredményei. Ezek a mai fiatalok!* Budapest: Új Nemzedék Központ.
- Széll K. és Nagy Á. (2018). Oktatási helyzetkép: Iskolai életutak, tervek és lehetőségek. In Nagy Á. (szerk.), *Margón kívül: Magyar ifjúságkutatás 2016* (54–97. o.). Budapest: Excenter Kutatóközpont.
- Vaskovics L. (2000). A posztadoleszcencia szociológiai elmélete. *Szociológiai Szemle*, 10(4), 3–20.
- Vincze, Sz. (2012). Átmenet az oktatásból a munka világába: Friss diplomások a munkaerőpiacon. *Iskolakultúra*, 22(3), 85–95.
- Wallace, C. and Kovatcheva, S. (1998). *Youth in society: The construction and deconstruction of youth in East and West Europe*. London: MacMillan.

MELLÉKLET

M1. táblázat: A látens osztályelemzés illeszkedési mutatóinak összehasonlítása a különböző számú osztályt tartalmazó modellek esetén az elemzés egyes lépéseiben

Osztályok száma	Log-likelihood	Likelihood arány	Szabadságfok	AIC	BIC	A kiválasztott modell
1. hullám keresztmetszeti adatai						
1	-1 878,6	868,3	26	878,3	902,9	
2	-1 544,3	199,7	20	221,7	275,7	
3	-1 458,8	28,8	14	62,8	146,2	X
4	-1 449,4	10,0	8	56,0	168,8	
5	-1 445,7	2,5	2	60,5	202,8	
2. hullám keresztmetszeti adatai						
1	-2 238,7	1 167,9	26	1 177,9	1 201,5	
2	-1 876,9	444,3	20	466,3	518,2	
3	-1 688,4	67,2	14	101,2	181,4	
4	-1 667,0	24,5	8	70,5	179,0	X
5	-1 658,3	7,0	2	65,0	201,8	
3. hullám keresztmetszeti adatai						
1	-1 645,5	610,1	26	620,1	642,3	
2	-1 405,1	129,2	20	151,2	200,0	
3	-1 365,2	49,5	14	83,5	159,0	
4	-1 343,2	5,5	8	51,5	153,5	X
5	-1 341,6	2,4	2	60,4	189,0	

M1. táblázat: A látns osztályelemzés illeszkedési mutatóinak összehasonlítása a különböző számú osztályt tartalmazó modellek esetén az elemzés egyes lépéseiben (folytatás)

Osztályok száma	Log-likelihood	Likelihood arány	Szabadságfok	AIC	BIC	A kiválasztott modell
4. hullám keresztmetszeti adatai						
1	-1 094,1	339,7	26	349,7	370,0	
2	-950,6	52,7	20	74,7	119,3	
3	-928,7	8,9	14	42,9	112,0	X
4	-925,4	2,4	8	48,4	141,7	
5	-924,7	1,0	2	59,0	176,7	
1–4. hullám longitudinális adatai						
1	-1 890,6	734,3	133	754,3	794,9	
2	-2 776,8	331,9	122	373,9	477,0	
3	-2 700,7	179,7	111	243,7	400,7	
4	-2 664,6	107,6	100	193,6	404,6	X
5	-2 641,8	61,9	89	169,9	434,9	
6	-2 634,2	46,7	78	176,7	495,7	

Megjegyzések: AIC = Akaike Information Criterion, BIC = Bayesian Information Criterion. A modellek kiválasztása során a legfőbb szempont az AIC és a BIC minimalizálása és az egyszerűbb (kevesebb osztályt tartalmazó) modell preferálása volt. A hat vagy több osztályt tartalmazó keresztmetszeti modellek szabadságfoka negatív, ami identifikációs problémára utal, ezért nem szerepelnek a táblázatban.

Forrás: Életünk fordulópontjai panelkutatás longitudinális adatbázisa (2001–2013), az 1981–1983-as születési kohorsz, n = 1000, saját számítás.

PATHWAYS, PRECURSORS AND OUTCOMES OF THE TRANSITION TO ADULTHOOD IN THE 2000S IN HUNGARY

ABSTRACT

In the present paper, we analyse the process of the transition to adulthood in contemporary Hungary. We identify the typical pathways of the transition to adulthood, describe them in terms of role transitions, as well as regarding their socio-economic background and outcomes. In order to do so, we regard the transition to adulthood as a multi-dimensional and dynamic process.

We use longitudinal data from four waves of the Hungarian Generations and Gender Survey (2001–2012). We follow the 1981–1983 birth cohort between ages 18–20 and 29–31 ($n = 1000$). The roles that are usually associated with the transition to adulthood are measured with the same dummy variables in each wave: participation in full-time education, being (self-)employed, living together with one or both parents, living with a partner or spouse, being a parent. We use the method of two-step latent class analysis.

Our results indicate that the transitory period between adolescence and adulthood can be characterised by quite different role configurations. Four different pathways were identified. The most common one is characterized by prolonged education and delayed family formation (51%). 24% of young people become employed early and form their own family late; 17% belongs to the “early family formation” group. Interestingly, the pathway that resembles the traditional, linear model of transition to adulthood the most (educated pathway with family) is the least frequent (9%). The four different pathways differ regarding their precursors and outcomes. Our results suggest that both becoming independent “too early” and “being stuck” in the postadolescent life phase may be associated with social disadvantage, while the standard “educated pathway with family” is most common among the most advantaged.

GYERMEKTELENSÉG ÉS ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÖSSZEFÜGGÉSEI MAGYARORSZÁGON*

Szabó Laura

ÖSSZEFOGLALÓ

Az 1970-2016 közötti népszámlálási adatok segítségével arra keressük a választ, hogyan változott Magyarországon a gyermektelenek aránya a különböző iskolai végzettségű, 1920 és 1975 között született nők körében; hogyan alakulnak az iskolai végzettség szerinti ezen különbségek; továbbá hogyan alakult volna a gyermektelenség mértéke, ha nem lett volna iskolai expanzió. A gyermektelen nők aránya időben változott, összességében és az iskolai végzettségeken belül is. Emellett a különböző iskolai végzettségű nők körében a gyermektelenek aránya egyre inkább hasonlónak vált az érettségizett nők körében mért arányhoz: leginkább az alapfokú végzettségűeké közeledett, majd a szakmunkás végzettségűeké. A felsőfokú végzettségű és érettségizett nők gyermektelensége is hasonlóvá válik egymáshoz, de a diplomások esetében ez az arány következetesen magasabb. Két hipotetikus gyermektelenségi forgatókönyvet is felállítottunk. Először az 1945–1949-ben született nők iskolai végzettség szerinti összetételét; majd az 1955–1959-ben született, alapfokú, középfokú és felsőfokú végzettségű nők körében mért gyermektelenségi arányt rögzítettük és vetítettük ki a többi születési kohorszra, és számoltunk egy teljes kohorsz gyermektelenségi arányt. Számításaink azt jelzik, hogy a nők iskolai végzettség szerinti összetételének változása kisebb hatással járt a gyermektelenség alakulására összességében, mint az, hogy a különböző iskolai végzettségű nők körében változott a gyermektelenek aránya.

* Köszönet Szalma Ivettnék és Monostori Juditnak a cikk első változatához fűzött értékes megjegyzéseikért.

Tárgyszavak: gyermektelenség, iskolai végzettség, konvergencia, standardizálás

Szabó Laura, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet

E-mail: szabo@demografia.hu

BEVEZETÉS

A rendszerváltás előtti Magyarországon, akárcsak a többi közép-kelet-európai országban, a női gyermektelenség 10% alatti aránya viszonylag alacsony volt, összehasonlítva a nyugat-európai arányokkal (Sobotka, 2017), így addig nem tűnt kiemelkedő fontosságúnak e kérdés elemzése. A fiatal, 1970 után született női kohorszokban azonban már egyre magasabb a 40 éves korukban még mindig gyermektelenek aránya. A legújabb kutatási eredmények pedig azt is hangsúlyozzák, hogy a gyermektelenség nem feltétlenül szándékos, hanem a nők „belecsúsznak” abba az élethelyzetbe, hogy gyermektelenek maradnak, hiszen a gyermeket nem tervezők aránya elenyésző, 5% alatti (Pongrácz, 2011; S. Molnár, 2011; Miettinen and Szalma, 2014; Kapitány és Spéder, 2015, 2018), akárcsak a gyermektelenséget előnyösnek tartók 7%-os részaránya (Spéder, 2014) – bár vannak olyan élethelyzetek, amikor nagyobb a nők esélye arra, hogy gyermektelenek maradjanak (erről bővebben lásd Szalma és Takács, 2012).

A női gyermektelenség növekedésére számítanunk kell a jövőben. Ez pedig, ha nem is determinisztikusan, a termékenység (további) csökkenéséhez vezethet.¹ Egy 2014-ben végzett becslés például kimutatta, hogy a befejezett teljes termékenységi arányszám milyen erőteljesen függ a női gyermektelenség mértékétől (Spéder, 2014). A becslés változatlanul hagyta a gyermekszám-növekedési valószínűségeket, és csak egyetlen tényezőt módosított: a gyermektelenek arányát. Ha a gyermektelenség mértéke 15%-ról 20%-ra növekedett, akkor a becsült teljes termékenységi arányszám értéke 1,66-ról 1,53-ra csökkent.² Ha magasabb, 25%-os gyermektelenségi aránnyal számolt, akkor az arányszám értéke még inkább lecsökkent, 1,44-re.

* De nem feltétlenül, hiszen vannak az ún. polarizált országok, mint amilyen az Egyesült Királyság vagy Finnország, ahol magas mind a gyermektelenek, mind a négy-nél több gyermeket nevelők aránya; és vannak olyan közép-kelet- vagy dél-kelet-európai országok, mint Spanyolország vagy akár Magyarország is, ahol alacsony a termékenység és alacsony a gyermektelenség aránya is (Tanturri et al., 2015).

* Az 1975-ös és ezt követő születési kohorszok körében.

A női gyermektelenséget magyarázó individuális tényezők közül a kutatók legtöbbször a nők iskolai végzettségét emelik ki, abból a megfontolásból kiindulva, hogy látszólag együtt mozog iskolai végzettségük emelkedése (és ezzel szoros összefüggésben foglalkoztatottságuk növekedése) és a termékenység csökkenése. Valóban, a 2000-es években több kötet és tanulmány mutatott be olyan eredményeket, amelyek pozitív összefüggést jeleznek a női gyermektelenség és az iskolai végzettség között Nyugat-Európában (Andersson et al., 2009; Berrington, 2014, 2017; Bujard, 2015; Beaujouan et al., 2016; Köppen et al., 2017; Kreyenfeld and Koznietzka, 2017b), Közép-Kelet-Európában (Sobotka, 2011; Kapitány és Spéder 2015; Brzozowska, 2015; Beaujouan et al., 2016) és az Egyesült Államokban is (Livingston, 2015). Ugyanakkor az is látható, hogy például Németországban a magas végzettségű nők körében megállt a gyermektelenség növekedése (Bujard, 2015; Kreyenfeld and Koznietzka, 2017a), Svédországban és Finnországban pedig U alakú összefüggés figyelhető meg a női gyermektelenség és az iskolai végzettség között (Andersson et al., 2009; Rotkirch and Miettinen, 2017).

Az 1940 és 1961 között született nők körében vizsgálta az iskolai végzettség és a gyermektelenség közötti összefüggést Wood et al. (2014). Úgy véli, hogy a közép-kelet-európai országokban talált gyenge összefüggés annak hatása lehet, hogy ebben a régióban az államszocializmus évei alatt egységes fertilitási viselkedés alakult ki: mindenkinek, iskolai végzettségtől függetlenül született gyermeke, mert ez volt a rendszer, az elvárás, ezért a női gyermektelenség egyformán alacsony volt minden iskolai végzettségű csoportban (különbségek persze akadtak, például a befejezett termékenység szintjében). Az 1965 előtt született, iskolai végzettségük szerint vizsgált nők körében a gyermektelenség aránya egyre inkább hasonlóvá vált, leginkább azért, mert az alapfokú és középfokú végzettségű nők esetében a gyermektelenségi arány konvergált (Brzozowska, 2015; Beaujouan et al., 2016; Szabó et al., 2016). A nagyobb mértékű kontextuális különbségek éppen az 1980-as években következtek be (Wood et al., 2014), és ezek a hatások leginkább a fiatalabb születési kohorszok, azaz éppen az 1960 után születettek termékenységi viselkedésében érhetők tetten.

Jelen írásunkban folytatjuk a többek közt Wood et al. (2014), Beaujouan et al. (2016) és Brzozowska (2015) által elkezdett elemzéseket, amelyek az 1960 előtt született női kohorszok demográfiai viselkedését mutatták be. Ugyanakkor, mintegy másik kiindulópontként, támaszkodunk a gyermektelenség témájában megjelent legújabb összefoglaló kötetek és országspecifikus jelentésekben bemutatott eredményekre is (Tanturri et al., 2015; Miettinen et al., 2015; Kreyenfeld and Konietzka, 2017b). Elemzésünket ehhez a kutatási területhez kapcsoljuk, és szisztematikusan áttekintjük, hogyan alakult Magyarországon a véglegesen

gyermektelen nők aránya iskolai végzettségük szerint. Arra keressük a választ, hogyan változott az 1920 és 1979 között született nők körében a gyermektelenek aránya, hogyan alakulnak az iskolai végzettség szerinti különbségek a női gyermektelenség időbeni trendjében, valamint hogyan alakult volna a női gyermektelenség mértéke, ha nem lett volna iskolai expanzió.

ELMÉLETI HÁTTÉR

A gyermektelenség mint demográfiai kutatási kérdés szorosan a termékenységhez kapcsolódik, így kézenfekvőnek tűnik, hogy a termékenység magyarázatára kialakított elméletekhez nyúljunk vissza, amikor a gyermektelenséget vizsgáljuk. Jó összefoglalót nyújtanak a termékenységet és a gyermektelenséget magyarázó elméletekről: Wood et al. (2014) és Tanturri et al. (2015). A termékenység és az oktatás összefüggéseit vizsgáló kérdésünk szempontjából a termékenység változását magyarázó gazdasági és kulturális elméletekre térünk ki röviden.

Becker a család gazdaságtana modelljében (Becker, 1960) úgy közelíti a kérdést, mintha a gyermekek kívánatos, de költséges javak lennének, és a gyermekvállalási döntés meghozatalához a háztartások racionális döntést hoznának a költségek és hasznok együttes mérlegelésével. Arra, hogy a különböző iskolai végzettségű és jövedelmű személyek hogyan vállalnak gyermeket, hat egyrészt a jövedelem (jövedelmi hatás), másrészt a gyermeknevelés költsége (alternatív költség hatás). A jövedelemnek pozitív befolyása is lehet a gyermekvállalásra, hiszen magasabb jövedelemből (amely magas iskolai végzettséggel és foglalkoztatottsággal jár együtt) könnyebben és több gyermeket lehet nevelni. Kivéve, ha a magasabb jövedelemből kevesebb gyermeket szeretnének a szülők nevelni, de jobb életminőségben. A gyermeknevelés költségeinek növekedése azonban negatív kapcsolatban áll a termékenységgel. A magasan képzett, illetve a jobb foglalkoztatottsági pozíciókban lévő szülők, elsősorban nők, a gyermekszülés és gyermeknevelés miatt/alatt kiesnek jövedelmező pozícióikból, ezért inkább dönthetnek úgy, hogy ennek elkerülése érdekében kevesebb gyermeket vállalnak. Az alacsonyabb iskolai végzettségű nők jövedelme alacsonyabb, munkahelyi pozícióik labilisabbak, mint képzett társaiké, és ezek életkoruk növekedésével sem javulnak számottevően – ebből kifolyólag számukra nem igazán költséges dolog karrierépítés helyett már fiatalabb korban gyermeket vállalni. Ezek az elméleti megfontolások arra engednek következtetni, hogy a magasan képzett

nők körében, akiket a leginkább érint a gyermekszülés és gyermeknevelés miatt kiesett jövedelem hatása, alacsonyabb lesz a termékenység, míg az alacsonyabban képzett nők körében magasabb. Brzozowska (2015) és Kantorová (2004) azonban arra hívja fel a figyelmet, hogy a szocialista közép-kelet-európai országokban a gazdasági motiváció, a mennyiség-minőség alku kevésbé játszhatott szerepet a gyermekvállalási döntéseknél, hiszen az (elméletileg) teljes körű foglalkoztatottság és a viszonylag egyformán alacsony jövedelmek időszakában nem volt magas a gyermekvállalás alternatív költsége. Az 1990-es rendszerváltás utáni termékenységi karrierekben azonban már lehet ennek hatása például a gyermekvállalás halasztására (Kantorová, 2004). Emellett az sem hagyható figyelmen kívül, hogy Magyarországon és a többi poszt szocialista országban a piacgazdaságra és a kapitalista versenyre való áttérés során az 1990-es években az infláció, a családi juttatások reálértékének csökkenése és ezek jövedelemfüggővé válása számos család esetében megnehezítette a döntést az egyéni fogyasztásra szánt és a gyermekkel kapcsolatos kiadások között (Spéder and Kamarás, 2008). Az alacsonyabb jövedelmű családok (és ezen belül az alacsony iskolai végzettségűek) ezáltal komoly dilemma elé kerülhettek, ami szintén befolyásolhatta gyermekvállalási döntésüket.

A termékenység alakulását magyarázó másik elmélet szerint a családok nem gazdasági kalkuláció alapján döntenek gyermekeik számáról, hanem követik az értékek, viselkedési normák kultúrájának változását, azokat, amelyeket társadalmi környezetükben mások elfogadnak. A második demográfiai átmenet gyűjtőfogalommal illetett jelenség azt sugallja, hogy a megváltozott, önmegvalósításra ösztönző modern értékrend miatt csökken a termékenység és növekszik a gyermektelenség, hiszen eltűnnek a hagyományos családformálódási folyamatok, és helyükbe lép a modernizáció, a gazdasági növekedés, a karrierlehetőségek kiszélesedése és a megváltozott egyéni aspirációk (van de Kaa, 2002; Sobotka, 2008). Ezek a folyamatok egységesen gyakorolnak hatást a demográfiai viselkedésre minden iskolai végzettségű csoporton belül, hiszen a demográfiai átmenet gyors ütemben futott végig az összes társadalmi csoporton. Az olyan életszínvonal-célok, mint a lakáshelyzet javítása, tartós fogyasztási cikkek vásárlása, gyermekek iskoláztatása, felfelé történő mobilitás, szinte teljesen egységesen elterjedtek a magyar társadalomban (Andorka, 2006), azaz csak e szempontok alapján mind az alacsony, mind a magasabb iskolai végzettségű nők körében egyaránt csökkenhet a termékenység. Empirikus vizsgálatok azt is jelezték, hogy a posztmaterialista attitűd nem függ össze az ideális gyermekszámmal, és a magasán képzett nők nem

kívánnak kevesebb számú gyermeket, mint alacsonyabb iskolai végzettségű társaik (Wood et al., 2014).³ Sokkal inkább függ az intézményi háttértől, a családpolitikai és szociálpolitikai eszközöktől, hogy a magasan, illetve alacsonyan képzett nők mennyi gyermeket vállalnak (Lesthaeghe, 2010). Tanulmányunkban nem tudjuk tesztelni a normák, értékek hatását a gyermektelenségre, de helye van itt ennek a kiemelésnek, már csak azért is, mert ezek hatása a fertilitásra nem lehet független az olyan strukturális „kényszerektől”, mint amilyen például az iskolai végzettség (vagy foglalkozás), hiszen a magasabban képzetteknek inkább van lehetőségük tervezni, megtanulni, hogyan hozzanak racionális döntéseket életútjuk során, és inkább elérhető számukra a hatékony fogamzásgátlási módszerek, mint kevésbé képzett társaik számára (Wood et al., 2014).

A fertilitást magyarázó elméletek közül fontosnak tartjuk még megemlíteni a *bizonytalansági elméletet*. A bizonytalansági vagy kockázatkerülő elmélet azt állítja, hogy amikor a gazdasági, társadalmi és személyes tényezők „jövőképe” bizonytalan, akkor a döntéshozók kockázatkerülőként viselkednek, legfőképp egy olyan visszafordíthatatlan döntés vonatkozásában, mint amilyen a gyermekvállalás. Bizonytalan társadalmi és gazdasági környezetben elsősorban a fiatalok azok, akik elhalasztják, hogy párkapcsolatra lépjenek és gyermeket vállaljanak. Kreyenfeld (2010) e kérdést érintő elemzésében azonban arra jutott (idézi Tanturri et al., 2015), hogy mind az objektív gazdasági bizonytalanság (munkanélküliség), mind a szubjektív (aggódás a gazdasági helyzet, illetve a munkabiztonság miatt) kevés hatással volt a gyermekvállalás halasztására, mert ezek a szülők iskolai végzettségén keresztül fejtették ki elsősorban a hatásukat. Míg az alacsony iskolai végzettségű nők a gazdasági bizonytalanságra azzal válaszoltak, hogy inkább gyermeket vállaltak és nevelték őket, addig a magasabb végzettségűek inkább elhalasztották a gyermekszülést.

Ezeknek az elméleti megfontolásoknak az égisze alatt végezzük elemzéseinket és keressük a magyarázatokat az iskolai végzettség és gyermektelenség közötti összefüggésre az 1920 és 1979 között született nők körében Magyarországon, nem hagyva figyelmen kívül azt a tényt, hogy ez az összefüggés mélyen beágyazott abba a társadalmi-gazdasági és egyben oktatáspolitikai kontextusba, amelyben megjelenik.

³ Makroszintű elemzések szerint azokban az országokban magasabb a gyermektelenség, amelyekben elterjedtebbek a posztmaterialista értékek (Miettinen et al., 2015).

A TERMÉKENYSÉG TÁRSADALMI, STRUKTURÁLIS ÉS INTÉZMÉNYI HÁTTERE MAGYARORSZÁGON

Tanulmányunk egy hosszú időszakot átölelve tekinti át a női gyermektelenség iskolai végzettség szerinti alakulását. A kérdés helyes kontextusban való értelmezése miatt elengedhetetlen, hogy röviden áttekintsük a témánk szempontjából lényeges néhány területen, melyek voltak azok a folyamatok az elmúlt 80 évben, amelyek hatással lehettek és lehetnek az elemzésünkben kiemelt női születési kohorszok gyermekvállalására.

Foglalkoztatottság

A nők foglalkoztatása előtt megnyílt az út, amikor az 1868-as népoktatási törvény lehetővé tette, hogy a fiúpolgárral együtt leánypolgári iskola is alakuljon. A 19. század első két évtizedében a polgári iskola és a tanítónőképző intézet volt domináns a lányok középfokú oktatásában (Pukánszky, 2013). A húszas-harmincas években pedig egyértelműen a tanítói pálya vált népszerűvé a nők körében: egyre több nő dolgozott tanárként, és a családok ezt összeegyeztethetőnek tartották a gyermekneveléssel (Pukánszky, 2013). Ezekben az években megállíthatatlan folyamatként haladt előre a nők munkába állása. Ha a felsőosztálybeli úrnők nem is, de az alsó középosztálybeli nők egyre nagyobb arányban vállaltak irodai munkát. Ugyanakkor ezek a pozíciók a hivatalnoki hierarchia alsóbb lépcsőin helyezkedtek el, így a foglalkoztatott nők gazdasági téren nem tudtak felzárkózni. A piaci szférában még nehezebb volt a munkát kereső nők helyzete. Ezzel a trenddel párhuzamosan, a patriarchális családmodell erősödésével, a két világháború között elkezdődött a nők fokozatos kiszorítása is a munka világából (Gyáni, 1987/88, idézi Pukánszky, 2013). A nők önállósodásának lehetőségét paradox módon mégis éppen a világháborúk teremtették meg. A szakképzett férfimunkások helyett a nők dolgoztak a fegyver- és lőszergyárakban. Igaz, szakképzetlen betanított munkásként foglalkoztatták őket, de hadiipari dolgozóként kétszer annyit kerestek, mint a háború előtti civil szakmákban. Sokan dolgoztak továbbá önkéntes ápolókként a csatatereken. A női foglalkoztatás terjedésének útját jelzi, hogy 1891-ben csak a házicselédek és napszámosok között haladja meg a nők részaránya átlagos részarányukat, míg 1910-ben már a papír- és a textiliparban, 1930-ban pedig a ruházati iparban, valamint az egészségügyben és az oktatás-kultúra területén is (Koncz, 1983).

A szocialista gazdaságfejlesztés során tovább bővült a női foglalkoztatás, a nők részaránya – az 1970 és 1980 közötti évtized kivételével – a mezőgazdaságban, a mezőgazdaságon kívüli ágazatokban pedig mindvégig emelkedett (Koncz, 1983). 1949 és 1960 között a női foglalkoztatottak száma megkétszereződött, és ez a létszámnövekedés a szolgáltatószférában, illetve a feminizált ágazatokban volt a leggyorsabb. 1960 és 1970 között az iparban, 1970 és 1980 között pedig a szolgáltató ágazatokban nőtt dinamikusabban a nők száma, 1980-ra pedig gyakorlatilag teljes körűvé vált a nők foglalkoztatottsága (Fóti és Lakatos, 1998).

Az 1990-es rendszerváltás után nagymértékben átalakult a munkaerőpiac. A szűkülés 1992-ben kezdődött és 1997-ig tartott, ez idő alatt közel egymillió foglalkoztatott tűnt el a munkaerőpiacról. A foglalkoztatottság ezután növekedésnek indult. A női munkanélküliség értéke 10% körül mozgott 1992 és 1996 között, majd ez is csökkenni kezdett: a 2000-es évek elején 6-7% körüli, míg a 2000-es évek végén 10-11% volt az értéke (Spéder and Kamarás, 2008). A női foglalkoztatási ráta alacsonyabb, mint Nyugat- és Észak-Európában, de míg ezekben az országokban jellemző a részmunkaidő, addig Magyarországon nem (Makay, 2018). A munkaerőpiac szűkülése és szerkezeti átrendeződése új feltételeket teremtett a (női) foglalkoztatáshoz és a gyermekvállaláshoz. A foglalkoztatott nők gyermekvállalási hajlandósága egyértelműen csökkent, az anyasági segélyen élőké – a családtámogatási rendszer változásait követve – éles töréseket mutatott (Spéder 2003).

Oktatási expanzió

A Magyarországon végbement oktatási expanzió hatását jól érzékeltetik az 1. ábra adatai, amelyen az 1920 és 1979 között született nők megoszlását mutatjuk be a legmagasabb befejezett iskolai végzettségük szerint, 41–51 éves korukban. Az egyetemi, főiskolai végzettséggel rendelkező nők aránya 1-2%-ról 34%-ra emelkedett 1970 és 2016 között, az érettségi bizonyítvánnyal rendelkezőké pedig 2-3%-ról 35%-ra ugyanebben a periódusban. A legfeljebb alapkú végzettséggel (8 osztály) rendelkezők aránya 90%-ról 11%-ra csökkent 1970 és 2016 között. Ezekkel az idősoros összehasonlításokkal azonban óvatosan kell bánni, hiszen – annak ellenére, hogy minden periódusban a nők 41–51 éves korukban rögzített befejezett iskolai végzettségével számoltunk – a különböző korcsoportokban különböző értéke és tartalma volt egy adott iskolai végzettségnek.

A szakmunkásképzést például csak 1938-ban vezették be Magyarországon, előtte tanoncképzés működött, de a szakmunkástanoncok száma nem szerepel külön a statisztikákban. Nemcsak a szakmunkás végzettségűek (tanoncok) számának elkülönítése problematikus az 1940 előtt születettek körében, hanem a legfeljebb 8 osztályt, azaz a jelenlegi általános iskolát végzettek száma is. Ugyanis egészen a második világháború végéig léteztek az ún. hat- és nyolcosztályos polgári iskolák, amelyekbe a négy általános (akkor elemi) elvégzése után lehetett beiratkozni, és léteztek a nyolcosztályos gimnáziumok is, ahová szintén a négy elemi elvégzése után lehetett menni. Az oktatási statisztikák így a legfeljebb 8 osztályt végzettek körében különböző végzettségeket vonnak egybe: a jelenlegi iskolai rendszer 5–8. osztályát, a polgári iskolát, valamint a hajdani gimnázium 1–4. osztályát (Andorka, 2006).

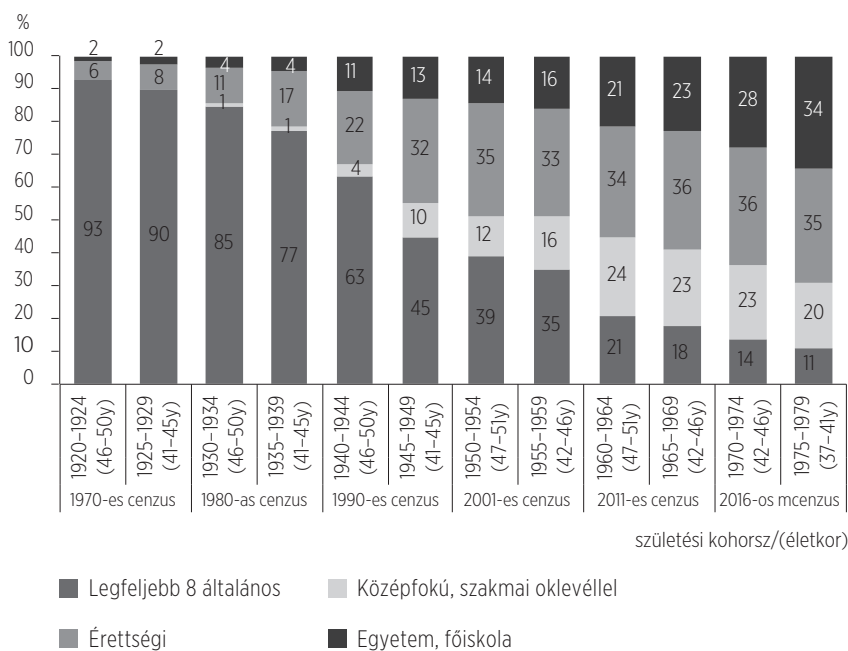
A két világháború közötti oktatási reform keretében alakították át az elemi népiskolát nyolcosztályossá, a polgári iskolát középfokú oktatási intézménnyé (1927-ben), illetve egységes középiskolává, gimnáziummá (1934-ben), és ahogy jeleztük, ekkoriban hozták létre a középfokú szakképzést is (1938-ban). A leány-középiskolák újjászervezésével foglalkozó 1926. évi törvény elősegítette a nők felsőfokú tanulmányokra való felkészítését, és a leány-középiskolai érettségi bizonyítvány ekkortól már ugyanúgy jogot biztosított a felsőoktatásba való belépésre, mint a fiúk középiskoláinak érettségije. 1934-ben viszont korlátozni kezdték a női hallgatók egyetemre való felvételét. Míg az 1925/26-os tanévben a női egyetemi hallgatók létszáma 1633 volt (és a férfihallgatókhoz viszonyított arányuk 10%), majd az 1931/31-es tanévben 2248 (13,4%), addig az 1937/38-as tanévben már csak 1750 (12,4%) (Pukánszky, 2013).

Az 1940-es évek végén, az 1950-es évek elején Magyarországon, akárcsak a legtöbb közép-kelet-európai szocialista országban, erőteljes iparosítás kezdődött, így a gyárakban és üzemekben új szakképzett munkaerőre volt szükség. Nemcsak a férfiakat, hanem a nőket is arra ösztönözték, hogy mezőgazdasági szövetkezeti, illetve gyári munkásként dolgozzanak. Ezzel összhangban az ipar igényeinek kielégítése érdekében sürgették az oktatás bővítését is, főleg a szakoktatását. A szocialista időszakban Magyarországon az állam szabta meg, hogy az érettségizettek köréből mennyien felvételizhetnek az egyetemekre. Ez az arány minden kohorszban belül körülbelül 10% volt (Spéder and Kamarás, 2008). 1949 és 1963 között az állampárt rendeletileg határozta meg azt is, hogy kik vehetők fel a magyar felsőoktatásba. A pártalkalmazottak és utódaik korlátlan számban iratkozhattak be, és csak maradék helyeket osztották szét elsősorban a munkások, parasztok, majd értelmiségiek és „egyéb származásúak”

között (lásd még Kiss, 2014; Kantorová, 2004; Zeman, 2018). Míg a 20. század elején inkább a férfiak köréből tanultak többen és hosszabb ideig, addig a női munkavállalás terjedésével és az oktatási expanzió következtében már a nők körében is egyre többen tanulnak, érettségiznek és diplomáznak. 1980-ban az oktatási rendszerbe bekerülő nők száma már meghaladta a férfiakét (Fóti és Lakatos, 1998).

A rendszerváltás után az egyetemek kapacitásai bővültek, hiszen megnövekedett a kereslet a diplomások iránt. A fiatalok számára kinyitultak a választási lehetőségek, meghatározó szerepe lett az oktatásban töltött időnek, így rövid időn belül megugrott az egyetemi képzésekben részt vevők száma, és az érettségizettek aránya is meghaladta az ennél alacsonyabb iskolai végzettségűek arányát (Organisation for Economic Co-operation and Development [OECD], 2014, 2018). Mindezek pedig együttesen járultak hozzá ahhoz, hogy a fiatalok inkább a tanulást válasszák, és egyelőre inkább elhalasszák párkapcsolataik alakítását és a gyermekvállalást (Spéder et al., 2002).

1. ábra: Az 1920 és 1979 között született nők megoszlása iskolai végzettségük szerint, 1970–2016



Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikrocenzus. Saját számítás.

Család- és szociálpolitika

Az elmúlt száz évben jelentős kormányzati intézkedésekkel és pénzbeli támogatásokkal próbálták megállítani a születésszám csökkenését (Spéder et al., 2002). E családpolitikai elemek alakulásának, illetve a termékenységre gyakorolt hatásuknak a bemutatása meghaladja tanulmányunk kereteit, így csak arra vállalkozunk, hogy röviden felvázoljuk, mikor jelentek meg egyes családtámogatási elemek, mikortól lehet hatásuk a nők gyermekvállalására (a témáról részletesen lásd Tárkányi, 1998; Gábos, 2005; Kapitány, 2015). Már az 1907. évi XIX. törvénycikkben betegségi ellátást biztosítottak az ipari és kereskedelmi alkalmazottak családtagjai számára, és támogatási formaként már 1912-ben megjelent legelső formájában az állami alkalmazottnak és vasúti dolgozónak nyújtott családi pótlék. 1922-ben pedig bevezették a terhességi és szoptatási segélyt. A családpolitika hosszú időn keresztül legnépszerűbb elemét, a *családi pótlékot* a szélesebb néprétegek számára 1938-ban tették elérhetővé, ez a 16 éven aluli gyermekek felneveléséhez nyújtott segítséget havi fix juttatással. Kezdetben csak az állami szektorban dolgozók voltak erre jogosultak, majd 1946-ban kiterjesztették a jogosultságot minden foglalkoztatottra, 1966-ben pedig a mezőgazdasági dolgozókra is. 1995 és 1998 között ennek értéke a jövedelemhez igazodott, majd utána általánossá vált. Mértéke, amely 2008 óta nem változott, gyermekszámától függ, valamint attól, hogy a szülő egyedülálló-e vagy sem. (Egy gyermek után 12 200 forint juttatás jár.)

Itt kell megemlítenünk az 1953-ban fogantatott *abortusztilalmat*, amelyet 1956-ban töröltek el. Ezzel egy időben bővítették a kórházi szülőszobák számát, egyre több szülést folytattak le kórházban, és igyekeztek fejleszteni a bölcsődék, óvodák számát is (Spéder et al., 2002).

1967-ben indították el a *gyermekgondozási segélyt* (gyes). Azok az anyák, akik várandósságuk előtt dolgoztak valamennyi ideig (ez mindig változott, hogy mennyi idő kell a jogosultság megszerzéséhez), otthon maradhattak gyermekeikkel két és fél évig, később három évig. Ezért havonta fix összegű segélyt kaptak, az anya fizetésének meghatározott százalékát. (2008 óta havi bruttó 28 500 forint a mértéke). 1982-től az apák is jogosulttá váltak a gyes igénybevételeire.

1973-ban a kormány *összetett népességgazdasági* programot vezetett be, amelynek fontos eleme volt a demográfiai összetevők javítása is. Megemelték az addig létező támogatások összegét, lakhatási támogatást vezettek be, segítő a három- vagy többgyermekes családok önkormányzati lakáshoz jutását, valamint vissza nem térítendő támogatást is nyújtottak előre vállalt

gyermek után. Ezzel egy időben újra szigorúbbá vált a tervezett abortusz engedélyezése, és inkább a fogamzásgátlók használatát támogatták.

Az 1985-ben vezették be az anya fizetéséhez kötött *gyermekgondozási díjat* (gyed), amelyet a gyermek kétéves koráig vehetett igénybe az anya – ennek összege a fizetése 65–75%-a volt, foglalkoztatotti idejétől függően. 1996 és 1999 között felfüggesztették ezt a támogatási formát, de 2000-ben újra visszaállították, igaz, már a minimálbér mindenkor összegéhez kötve. (Az átlagosan folyósított összeg bruttó 81 356 forint volt 2010-ben.) 2014-ben erőteljesen megváltozott a gyed szerepe: ekkortól már munkajövedelem mellett is igénybe lehet venni, tehát plusz juttatásként folyósítható a teljes munkaidős tevékenység mellett. Ennek a politikának erőteljes munkába állásra ösztönző hatása van a kétéves gyermeket nevelő anyák körében (Makay, 2018).

Fontos még megemlíteni a *szülési szabadságot*, amely a munkavállaló anyákat illeti meg. Már az 1884-es ún. ipartörvény négy hét szülési szabadságot engedélyezett a munkavállaló nőknek szülés után. A betegségi és baleseti kötelező biztosításról szóló 1927. évi XXI. törvény pedig úgy rendelkezett, hogy a terhességi segély a szülés előtti hat hétben, a gyermekágyi segély a szülés utáni hat hétben jár, és az anya mindkettő idején korábbi átlagkeresete 100%-ának megfelelő összeget kap (Tárkányi, 1998). Jelenleg szülés után 24 hétig jár ez a támogatási forma, ha az anya szülés előtt biztosított volt két éven belül 365 napig. Ezalatt az anyák *csecsemőgondozási díjat* kapnak, amelynek mértéke a napi átlagkereset 70%-a, és nincs felső korlátja. (Átlagos havi bruttó összege 153 161 forint volt 2016-ban.)

A személyi jövedelemadó rendszerét 1988-ban vezették be, de a foglalkoztatott gyermekes nők adókedvezményben részesülhettek. 1995 és 1999 között a családi adókedvezményt is megszüntették, majd 1999-ben visszaállították. Kezdetben a harmadik, negyedik gyermek után volt magasabb a kedvezmény összege, de 1992-től már a második és az első gyermek után is járt ez a kedvezmény. 1993-ban vezették be a *gyermekgondozási támogatást*, amely tulajdonképpen a főállású anyaság rendszerét intézményesítette. 2002 és 2006 között csak a családi adókedvezmények területén voltak lényeges változások (szűkítések). 2010 óta számos területen támogatja a kormány a gyermekvállalást (például a munka és a család összeegyeztethetősége, gyermekek napközbeni elhelyezése, az otthonteremtés és lakhatás segítése, támogatások és szolgáltatások), ami érintheti a kutatásunkban elemzett legfiatalabb kohorszok demográfiai viselkedését.

Itt kell röviden kitérnünk a *bölcsődék és óvodák helyzetére*. Ahogy növekedett a női munkavállalás, úgy nőtt a bölcsődébe és óvodába beíratott gyermekek száma is. Míg 1960-ban a 2 év alatti gyermekek 7,4%-a, addig 1970-ben már 9,5, 1980-ban 14,8, a rendszerváltás után pedig 11,7%-a volt bölcsődés (Spéder et al., 2002). A 3–5 évesek körében az óvodások aránya magasabb: 1970-ben 57,7%-uk óvodás, 1980-ban 79,8, 1990-ben 87,1%-uk. Jelenleg tízből közel kilenc gyermek óvodás a 3–5 éves korcsoportban.

ELEMZÉSI ÉS MÓDSZERTANI SZEMPONTOK, AZ ADATOK FORRÁSA

Jelen elemzésünkben elsősorban a KSH (Központi Statisztikai Hivatal) által az elmúlt 50 évben készített népszámlálási lekérdezések, valamint a 2016. évi mikrocenzus individuális szintű, teljes körű adatbázisaiból számolunk. A népszámlálások közül elérhetőek számunkra az 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálások és a 2016. évi mikrocenzus teljes körű adatbázisai.⁴ A legidősebb születési kohorszok termékenységi mintázatait az 1970. évi népszámlálásból tudjuk kiszámolni. A legfrissebb összeírás, a 2016. évi mikrocenzus adataiból pedig a legfiatalabb születési kohorszokat elemezhetjük. A gyermektelenség elterjedésének mérésére azért is a népszámlálási adatforrásokat tartjuk elsődleges fontosságúnak, mert egyrészt lefedik a teljes lakosságot,⁵ másrészt a gyermekvállalással összefüggő számos háttéradatot is tartalmaznak.

A demográfusok a nők termékenységi időszakát 15–49 éves koruk közé teszik, és a termékenységi pályát ezután lezártnak tekintik. Gyakorlatilag azonban a nők már sokkal korábban befejezik termékenységi életútjukat: az anyák 40. életéve után csupán a gyermekek 1,2%-a született meg 2015-ben, 1,4%-uk 2016-ban és 1,6%-uk 2017-ben (KSH, születési népmozgalmi adatbázis 2015–2017, saját számítás). Ezekből a megfontolásokból kiindulva azokat a nő-

⁴ A KSH zárt kutatószobájában elérhető adatbázisokból számoltunk. Itt mondunk köszönetet a KSH Felhasználói Kapcsolatok főosztály munkatársainak a nagy mennyiségű kutatási eredményeink ellenőrzéséért és a kimeneti táblák gyors átadásáért.

⁵ A mikrocenzust 2016 október–novemberében a háztartások 10%-os mintáján hajtották végre, az ország 2148 településén mintegy 440 ezer háztartást kérdeztek le. Az adatok súlyozás után a teljes népességre kivethetők (Központi Statisztikai Hivatal [KSH], 2016).

ket tekintjük *véglegesen gyermekteleneknek*, akiknek 46–50 éves korukig nem született gyermeke, de gyakorlatilag már a 41–45 éveseket is ideszámíthatjuk.⁶ (Az írásunkban elemzett legfiatalabb női születési kohorsz az 1975–1979-ben születetteké, ők 2016-ban 37–41 évesek [1. táblázat], azaz termékenységi pályájuk még nincs lezárva. A rájuk vonatkozó eredményeket ennek figyelembevételével kell olvasni.) A népszámlálási adatokból el tudjuk különíteni ezt a népességet, ugyanis minden népszámlálás rákérdez az élve született gyermekek számára. Akik erre 0-t választottak, azokat tekintjük az adott életkorban gyermekteleneknek. Ez az elemzésünk függő változója.

Magyarázó változóink az *életkor*, valamint a *születési év és a legmagasabb befejezett iskolai végzettség*. A népesség iskolai végzettség szerinti időbeni összehasonlítása nehézkes, mert adott végzettség tartalma nem ugyanazt takarja minden periódusban (lásd fentebb az *Oktatási expanzió* című alfejezetet). A KSH azonban igyekezett harmonizálni a különböző periódusokban mérhető iskolai végzettségeket, így mi is ezekre a kategóriákra támaszkodunk. Elemzéseinkben a nők legmagasabb befejezett iskolai végzettségét négy kategóriába soroljuk: (a) legfeljebb 8 általános; (b) középfokú iskola érettségi nélkül, szakmai oklevéllel; (c) érettségi, (d) egyetemi, főiskolai végzettség ([KSH], 2011), és a 41–51 éves korukban rögzített, azaz a termékenységi karrierjük lezárulása utáni állapotot vizsgáljuk.

A demográfiai elemzések azért annyira összetettek, mert egy keresztmetszeti felvétel időszakában (mint amilyen a népszámlálások évei, azaz *periódusai*) egyszerre kell vizsgálni a különböző években született népesség (*születési kohorszok*), valamint a különböző életkorú népesség (*életkori csoportok*) jellemzőit, mivel ezek demográfiai eseményekre gyakorolt hatásai eltérők (1. táblázat).

⁶ Természetesen tudatában vagyunk annak, hogy a végleges gyermektelenség „elérésében” a női életpálya számtalan tényezőjének egymásra hatása áll: iskolai, foglalkoztatási és párkapcsolati életpályák eredményeként jön létre (Spéder, 2014; Hoem et al., 2006; Neyer et al., 2017; Tanturri and Mencarini, 2008). Tudjuk, hogy ha valaki nem szül vér szerinti gyermeket, attól még lehet szülő és nevelhet gyermeket. Ismerjük az akaratlagos gyermektelenség (*voluntary childlessness*) és a nem akaratlagos gyermektelenség (*involuntary childlessness*) megkülönböztetésén alapuló szakirodalmat, valamint az időzítés problematikáját: hogy a szándékok az életpálya folyamán változhatnak, és vannak, akik csak egy átmeneti ideig akartak gyermektelenek maradni, de kicsúsztak a gyermekvállalási időből (Miettinen and Szalma, 2014; Szalma és Takács, 2012, 2018; Pongrácz, 2011). Mindezeket a szempontokat jelen elemzésünkbe nem építjük be, mivel a népszámlálási adatbázisok erre nem adnak lehetőséget.

1. táblázat. Az elemzésbe bevont születési kohorszok létszáma (fő) és körükben a gyermektelenek aránya (%)

Periódus	Születési kohorsz	Életkor	Nők száma	Gyermeektelenek aránya
1970	1920–1924	46–50	385 288	14,6%
1970	1925–1929	41–45	378 476	12,8%
1980	1930–1934	46–50	357 253	11,5%
1980	1935–1939	41–45	339 368	10,2%
1990	1940–1944	46–50	346 810	8,8%
1990	1945–1949	41–45	361 232	8,5%
2001	1950–1954	47–51	415 868	8,0%
2001	1955–1959	42–46	384 156	7,8%
2011	1960–1964	47–51	309 220	8,4%
2011	1965–1969	42–46	340 277	10,7%
2016	1970–1974	42–46	371 210	15,0%
2016	1975–1979 ^a	37–41	407 935	20,8%

^a A legfiatalabb, 1975–1979-ben született nők még nem értek termékenységi karrierjük végére, azaz körükben a végső gyermektelenség alacsonyabb lehet

Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikrocenzus. Saját számítás.

Ugyanazon születési kohorsz befejezett termékenységi adatai ugyanakkor eltérhetnek két egymást követő népszámlálás során, mivel egy adott $t+1$ időpontban lekérdezett, adott születési kohorszhoz tartozó népesség nem feltétlenül esik egybe a t időpontban elért, ugyanahhoz a születési kohorszhoz tartozó népességgel, hiszen a két időpont között adott születési kohorszból többen meghalhattak, emigrálhattak vagy imigrálhattak. Ezért nem egy adott évi népszámlálásból számoltuk a különböző (például idősebb) születési kohorszok befejezett termékenységét, hanem minden egyes, elérhető népszámlálási időpontban elemeztük a női születési kohorszokat, azok 41–45 és 46–50 éves korában (1. táblázat).⁷

Végül meg kell említenünk egy, az adatainkat torzító hatást: elképzelhető, hogy a megkérdezettek (illetve bizonyos demográfiai csoportok) nem akarnak

⁷ Igaz, a különböző népszámlálási és mikrocenzus adatbázisból számolt, ugyanazokra a befejezett termékenységgel születési kohorszokra vonatkozó gyermektelenségi arányok nem különböznek egymástól számottevően, tehát megbízhatóan számolhattunk volna akár egyetlen, például a 2011. évi népszámlálásból is gyermektelenségi arányokat az idősebb születési kohorszokra (lásd a *M-1. ábrát* a mellékletben).

vagy nem tudnak válaszolni a gyermekeik számára vonatkozó kérdésre.⁸ Makay (2016) elemzésében kimutatta, hogy a gyermekszámra adott válaszok erőteljesen függenek a feltett kérdés formájától. Különösen problémás az elhunyt gyermekekre vonatkozó adatok begyűjtése: ők gyakran kimaradnak az adatfelvétel során, ami torzítja a válaszadók gyermekszámát. Illetve azon gyermekek bevétele is hiányos lehet, ahol a szülők kapcsolata megromlott, külön vagy esetleg már új családdal élnek.

ISKOLAI VÉGZETTSÉG ÉS GYERMEKTELENSÉG: IDŐBENI ÁTTEKINTÉS

Az iskolai végzettség és a gyermektelenség közötti kapcsolat vizsgálatában a nemzetközi szakirodalomban bemutatott eredményekhez hasonló trendeket mértünk Magyarországon is (2. ábra). Először nézzük a gyermektelen nők arányát összességében, iskolai végzettségtől függetlenül. A legidősebb kohorszoktól haladva a legfiatalabbak felé a gyermektelenség alakulásában U alakú összefüggést látunk: a gyermektelen nők aránya a legmagasabb a vizsgált legidősebb és a legfiatalabb születési kohorszok körében, és ellaposodik a „középső” generációk alatt. Az 1920–1924 között született nők 15%-a volt gyermektelen.⁹ Ez az arány csökkenni kezd, eléri és tartja a 8%-ot az 1950–1964 között született nők körében, majd növekedésnek indul: az 1965–1969-es születésűeknél már 11%, az 1970–1974 között születetteknél már újra 15%, és a vizsgált legfiatalabbak, az 1975–1979 közötti születésűek csoportjában már 21% – igaz, a mikrocenzus idején ez a korosztály még csak 37–41 éves, azaz mai szemmel nézve még messze vannak termékenységi életszakaszuk végétől.

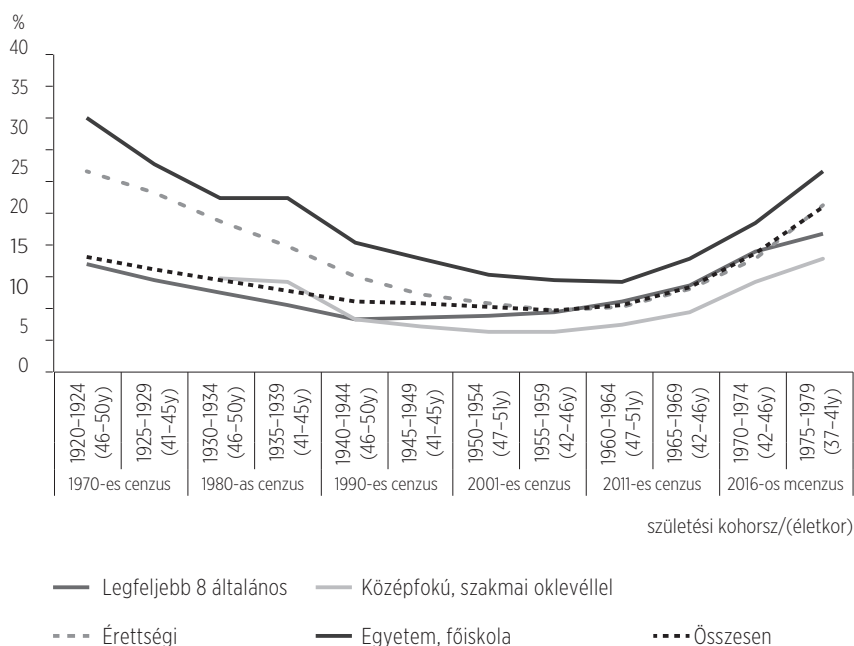
Most nézzük, hogyan alakult az egymást követő generációk gyermektelensége iskolai végzettség szerint. Minden egyes iskolai végzettségen belül U alakú az összefüggés a születési kohorsz és a gyermektelenség mértéke között. A leg-

⁸ A 2011. évi népszámlálásnál 1213 válaszhiány volt, ebből 477 esetben 30–59 éves nő nem adott választ a kérdésre. A hiányzó adatokat korrigálta a KSH: figyelembe vették mindkét szülő adatait, a családban élő gyermekek számát, illetve 0 értéket jelöltek, ha adott személynek fiatal életkora miatt nem születhetett gyermeke (KSH Módszertani Osztály, személyes közlés).

⁹ Az 1900-as évek elején született nők körében még magasabb a gyermektelenség: 19,2–22,1% annak függvényében, hogy melyik népszámlálási adatbázisból, azaz a nők hány éves korában számoljuk (lásd melléklet, M1. ábra). A maximális értéket azonban nagy valószínűséggel éppen a századforduló előtt született női kohorszok mutathatták fel (19,7–22,8%), előtte alacsonyabb lehetett, ahogy a népszámlálással elért legidősebb, igaz, szelektív születési kohorszok körében mért adatok valószínűsítik (16,5–19,6%).

feljebb 8 általánossal rendelkező nők körében a gyermektelenek aránya 14%-ról indul az 1920–1924 között születettek csoportjában. Majd folyamatosan csökken, mígnem eléri minimumértékét az 1940–1944-es kohorszban (7%). Innen kezd el növekedni, és az 1970–1974 között születetteknél már magas, 15% ez az érték, az 1975–1979-es születésűek körében pedig 18%.

2. ábra. A gyermektelen nők aránya születési kohorszokként (1920–1979) és befejezett iskolai végzettség szerint; 1970, 1980, 1990, 2001, 2011, 2016



Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikrocenzus. Saját számítás.

A középfokú, szakmunkás végzettségű nők demográfiai viselkedését az 1940–1944-es generációtól kezdődően érdemes vizsgálni. A gyermektelenek aránya ebben a születési évjáratban 6%, és ezen érték körül mozog egészen az 1960–1964 között született női kohorszokig. Majd ezen a csoporton belül is növekedni kezd a gyermektelenek aránya, és az 1970–1974-es generációnál az érték már 11%, az 1975–1979 közöttiekénél pedig 14%.

Az érettségivel és egyetemi, főiskolai diplomával rendelkező nők körében a gyermektelenek aránya időben szinte párhuzamosan mozog. A 1920–1924-ben született érettségizett nők esetében a gyermektelenek ará-

nya 25%, a minimumértéket pedig az 1960–1964 között születetteknél mértük (8%), innen növekszik, hogy az 1970–1974 közötti születésűeknél elérje a 14%-ot, majd a következő kohorszban, az 1975–1979 közöttiekénél pedig a magasnak számító 21%-ot. Az ugyanezen születési kohorszokra vonatkozó értékek az egyetemi, főiskolai diplomával rendelkező nők körében: 32, 11, 19 és 25%.

Az 1920 és 1944 közötti időszakban született nők körében egyértelmű az iskolai végzettség szerinti lejtő a gyermektelenek arányában. Azaz a gyermektelenek aránya a legkisebb a legalacsonyabb iskolai végzettségű nők esetében, és a legmagasabb a diplomások szűk csoportjában. Ha az 1920–1924-ben született nőket nézzük, akkor a gyermektelenek aránya náluk az iskolai végzettség szerint rendre az alacsonytól a magas felé: 14, 25 és 32%. Az 1940–1944 között született nők esetében, ahol már számolhatunk a szakmunkás végzettséggel, látjuk az első trendfordulást: a szakmunkás végzettségű nők gyermektelenségi aránya születési kohorszanként egyre alacsonyabb lesz, míg a legfeljebb 8 általánossal rendelkező nők körében a gyermektelenek aránya elkezd emelkedni, mígnem meg is haladja a szakmunkás végzettségűeknél mért értéket. Azt gondoljuk, hogy mivel a kiterjedt iparosítás következtében egyre több munkaerőre volt szükség, és főleg szakmunkásra, egyre erőltetebben folyt a képzésük, így az alacsonyabb társadalmi státusú nők közül egyre többen nem maradtak meg a 8 osztályos képzettségnél, hanem elvégezték a szakmunkásiskolát is, termékenységi mintázatukat azonban megtartották. Ezért csökkenhetett a szakmunkás végzettségűek körében a gyermektelenek aránya és válhatott a legalacsonyabb az egyéb iskolai végzettségű nőknél mért értékhez képest. Azoknak a száma pedig, akik megmaradtak a legfeljebb 8 osztályos végzettségnél, egyre alacsonyabb lett; így válhattak (valamilyen látens, egyelőre még nem feltárt szempont alapján, ami lehet egészségi állapot, családi vagy gazdasági háttér stb.) egyre szelektívebbé a gyermekvállalás szempontjából, annyira, hogy az 1960–1964-ben születetteknél a gyermektelenek aránya magasabb lett még az érettségizett nők körében mért aránynál is (8%, szemben a 9%-kal), és ez így maradt egészen az 1970–1974-es kohorszig. Az egyetemi, főiskolai diplomával rendelkező nők viselkedése azonban minden születési kohorszban belül disztíngvált maradt: látható, hogy körükben a gyermektelenek aránya minden születési kohorszban magasabb, mint az egyéb végzettségű nő körében, annak ellenére, hogy nemcsak a szakmunkás végzettségű nők köre bővíthetett az alacsonyabb társadalmi háttérű nők körével, hanem az érettségizettek és diplomásoké is.

Leíró elemzésünk tehát azt mutatja, hogy a gyermektelen nők aránya generációról generációra változott, és ez a változás minden egyes iskolai végzettségű csoporton belül jelen volt, igaz, az iskolai végzettség szerint más-más születési kohorsznál volt a legalacsonyabb: míg a legfeljebb 8 általánossal rendelkező nők körében az 1940–1944-ben születettek között maradtak a legalacsonyabb arányban gyermektelenek, addig a szakmunkás végzettségűek és érettségizettek csoportjában az 1955–1959-ben, a diplomások körében pedig az 1960–1964-ben születettek között.

KONVERGENCIA A GYERMEKTELEN NŐK ARÁNYÁBAN ISKOLAI VÉGZETTSÉG SZERINT

Azt is látnunk kell azonban, hogy generációról generációra csökkennek az iskolai végzettség szerinti különbségek a gyermektelenek arányában. A legidősebb, az 1920–1924-es időszakban született nők esetében a legnagyobbak az abszolút különbségek: míg a legalacsonyabb végzettségű nők körében a gyermektelenek aránya 14%, addig az érettségizetteknél ez az arány 25%, az egyetemi, főiskolai diplomával rendelkezők szűk csoportjában pedig 32%. Az 1960 és 1964 között született nők körében pedig a legkisebbek az abszolút különbségek (iskolai végzettség szerint a legalacsonyabbtól a legmagasabbig a gyermektelenek aránya rendre 8, 6, 9 és 11%). A fiatalabb kohorszoknál újra növekedni kezdenek az iskolai végzettség szerinti különbségek, de a legfiatalabbak, az 1975–1979-esek körében sem érik el azt a szintet, amelyet a legidősebb, 1920–1925-ös generációnál láttunk: míg a legfeljebb 8 általánossal rendelkező nők esetében a gyermektelenek aránya 17%, a szakmai oklevéllel rendelkezőknél ez az arány 14%, az érettségizettek körében 21%, a diplomásoknál pedig 25%.

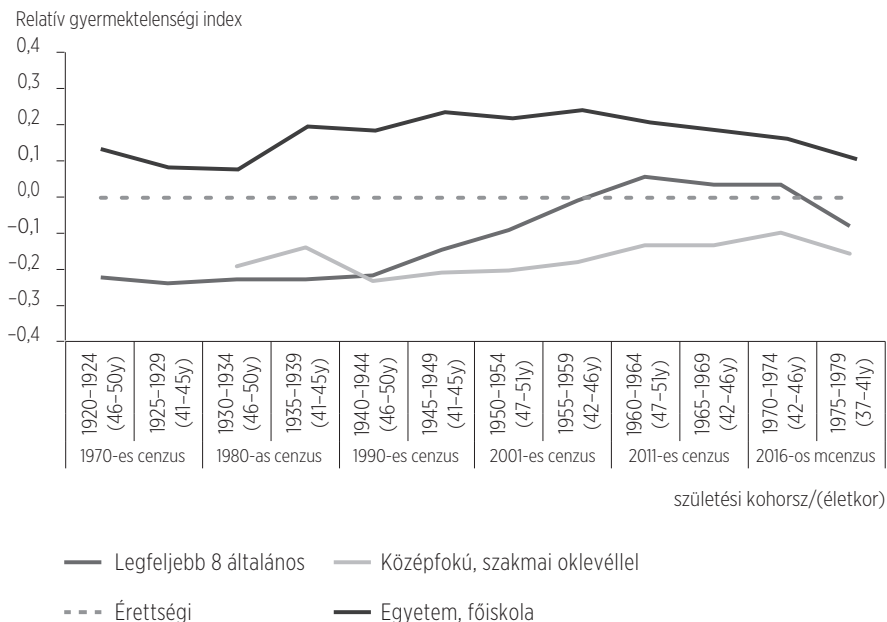
Azt, hogy közelednek-e egymáshoz a gyermektelenségi arányok a különböző iskolai végzettségű nők körében, *egy relatív gyermektelenségi mutató* segítségével ellenőrizzük (Beaujouan et al., 2016). Minden egyes születési kohorszon belül az alapfokú, szakmunkás és diplomás nők körében mért gyermektelenségi arányt viszonyítjuk az érettségi bizonyítvánnyal rendelkező nők csoportjában mért arányhoz, így létrehozva egy olyan indexet, amely azt méri, mennyivel alacsonyabb vagy magasabb az adott iskolai végzettségű nők körében mért gyermektelenségi arány az érettségizett nők gyermektelenségi arányához képest:

$$\text{relatív gyermektelenségi index} = \frac{\left(\frac{N_i^0}{N_i}\right) - \left(\frac{N_{\text{érettsgéi}}^0}{N_{\text{érettsgéi}}}\right)}{\left(\frac{N_{\text{érettsgéi}}^0}{N_{\text{érettsgéi}}}\right)} \quad (1)$$

ahol $\left(\frac{N_i^0}{N_i}\right)$ jelöli a gyermektelen nők arányát az i iskolai végzettségű nők körében, míg az $\left(\frac{N_{\text{érettsgéi}}^0}{N_{\text{érettsgéi}}}\right)$ jelöli a gyermektelenek arányát az érettségizett nők csoportjában.

A 3. ábra adatai egyértelműen azt jelzik, hogy a legfeljebb 8 általánossal rendelkező, 1935 után született nők körében a relatív gyermektelenség generációról generációra egyre hasonlóbba vált az érettségizett nőknél mért értékhez. Míg az 1920–1924-ben született, alapfokú végzettségű nőknél a gyermektelenek aránya kétszer alacsonyabb volt, mint az ugyanazon időszakban született érettségizettek körében, addig az 1955–1959-es születésűeknél ez a két arány már közel azonos. Az 1940 és 1959 között született alapfokon iskolázott, valamint az érettségizett nők körében a gyermektelenek aránya egyértelműen közeledett egymáshoz, az 1960 és 1975 között született nők körében pedig együtt mozgott. A szakmunkás végzettségű, 1940 után született nők gyermektelenségi aránya is közeledett az érettségizett nők körében mért értékhez, de nem olyan látványosan, mint az alapfokú végzettségűek esetében. Míg az 1940–1944-ben született szakmunkás végzettségű nők csoportjában a gyermektelenség feleakkora volt, mint az érettségizettek körében, addig az 1970–1974-es korosztályban már csak 20%-kal volt alacsonyabb. A legfiatalabb kohorsznál azonban az érettségizett nők körében magasabb a gyermektelenség, mint a szakmunkás végzettségűek között (32%-kal). A felsőfokú végzettségű és érettségizett nők csoportjában mért gyermektelenség összességében szintén hasonlóvá válik egymáshoz, habár a diplomások esetében következetesen magasabb. Először az 1920 és 1934 között született érettségizett és diplomás nők gyermektelenségi aránya közeledett egymáshoz. Majd az 1935 és 1959 között születetteknél eltávolodott egymástól e két csoport viselkedése. Az 1959 után születettek esetében azonban egyértelmű a konvergencia: míg az 1955–1959-es születésű diplomás nőknél 50%-kal volt magasabb a gyermektelenek aránya, mint az érettségizettek körében, addig a két legfiatalabb kohorsznál már csak 32, illetve 21%-kal.

3. ábra: A gyermektelenség szintjében mért relatív különbség az iskolai végzettség függvényében; 1970, 1980, 1990, 2001, 2011, 2016



Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikrocenzus. Saját számítás.

DIREKT ÉS INDIREKT STANDARDIZÁLÁS: GYERMEKTELENSÉGI FORGATÓKÖNYVEK

Az 1. ábrán látható, hogyan változott időben a 41–51 éves nők összetétele legmagasabb befejezett iskolai végzettségük szerint: az 1950–1954 között született nők voltak azok, akik körében a középfokú végzettségűek együttes aránya már meghaladta az alapfokú végzettségűekét (47%, szemben a 39%-kal).¹⁰ Az 1. táblázatban pedig azt mutattuk be, hogyan változott időben a gyermektelen nők aránya termékenységi karrierjük végén. Az 1920–1924-es korcsoportban viszonylag magas volt ez az arány (15%), majd fokozatosan csökkent, míg el nem érte minimumot az 1955–1959-ben született nők körében (8%). Akkor újra emelkedésnek indult, mígnem a legfiatalabb, 1975–1979-es korosztálynál meghaladja a 20%-ot. Vajon azért alakult így a gyermektelenség, mert időben változott a nők

¹⁰ A továbbiakban a középfokú végzettségűek csoportját (középfokú, érettségi nélkül, szakmai oklevéllel + középfokú érettségivel) összevonva kezeljük.

iskolai végzettség szerinti összetétele? Vagy azért, mert minden egyes iskolai végzettség szerinti csoportnál változott a gyermektelenek aránya, azaz változott a termékenységi viselkedés? A direkt és indirekt standardizálás segítségével éppen ezeket a kérdéseket tudjuk megválaszolni, úgy, hogy megnézzük, mekkora lett volna a gyermektelenek aránya a különböző születési kohorszokban, ha a) a nők iskolai végzettség szerinti összetétele nem változott volna (direkt standardizálás), vagy ha b) adott iskolai végzettségű nők körében a gyermektelenek aránya nem változott volna (indirekt standardizálás).

Nézzük először a direkt standardizálással megbecsült gyermektelenségi arányt a tanulmányban kiemelt születési kohorszok körében. Tételezzük fel, hogy a nők 41–51 éves kori, iskolai végzettség szerinti összetétele időben konstans, és minden születési kohorszban belül ugyanannyi az alapfokú, a középfokú és a felsőfokú végzettségű nők aránya, mint az 1945–1949-ben született nők körében, éppen azt megelőzően, hogy a középfokú végzettségű nők aránya először meghaladta volna az alapfokú végzettségűekét. Az 1945–1949-ben született nők 45%-a alapfokú, 42%-a középfokú és végül 13%-a felsőfokú végzettségű 41–45 éves korában (1. ábra). A következő képlettel számoltuk ki az iskolai végzettség szerinti direkt standardizálással a gyermektelenségi arányokat:

$$\text{HipGY}_{\text{fix_edu}}(k|k_{1945-49}) = \sum_i \left[\frac{N_i(k_{1945-49})}{N(k_{1945-49})} * \frac{N_i^o(k)}{N_i(k)} \right] \quad (2)$$

ahol a $\text{HipGY}_{\text{fix_edu}}$ jelzi a direkt standardizált gyermektelenségi arányt k születési kohorszban, az 1945–1949-es születési kohorsz ($k_{1945-49}$) rögzített iskolai végzettség szerinti összetételéhez viszonyítva, i az iskolai végzettség, $\frac{N_i(k_{1945-49})}{N(k_{1945-49})}$ az i iskolai végzettségű nők aránya az 1945–1949-ben született nők körében, $\frac{N_i^o(k)}{N_i(k)}$ pedig a gyermektelen nők aránya az i iskolai végzettségű k születési kohorshoz tartozó nők körében.

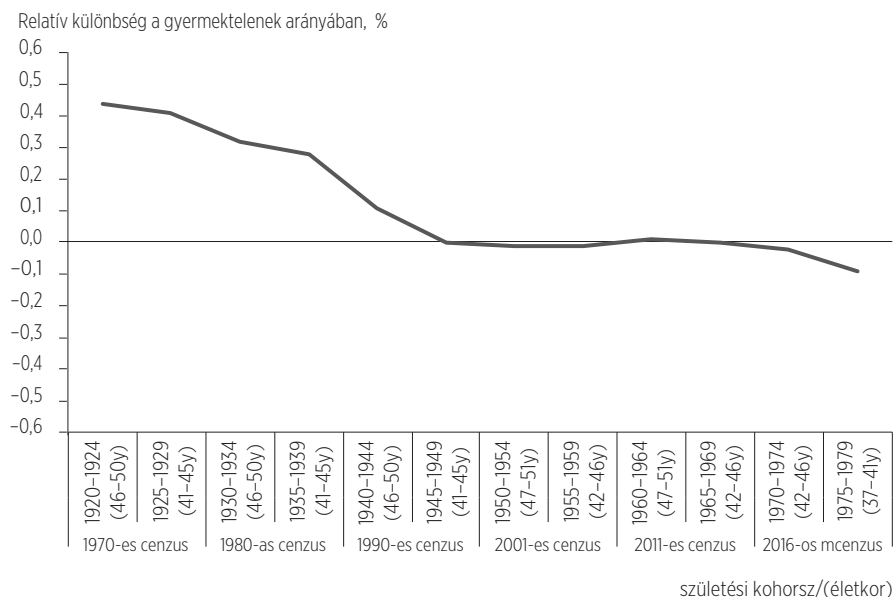
Az így kiszámolt hipotetikus (HIPGY) és valós (GY) gyermektelenségi arányok közötti relatív különbséget pedig a következő képlettel számoltuk k születési kohorsz esetében:

$$\text{relatív különbség } k \text{ kohorszban} = \frac{\text{HIPGY}_k - \text{GY}_k}{\text{GY}_k} \quad (3)$$

Ha a nők iskolai végzettség szerinti összetétele időben nem változik, ha ugyanolyan lett volna, mint az 1945–1949-ben született nők iskolai végzettség szerinti összetétele, akkor az 1945 előtt született kohorszokhoz tartozó nők körében a gyermektelenség magasabb lett volna, mint a valóságban:

a legidősebb, 1920–1924-ben született nők körében például 44%-kal (4. ábra). Az 1945–1949-ben született női kohorszoknál fiatalabbak körében azonban nem változott volna: a valós és a becsült gyermektelenségi arányok között nincs különbség, kivéve a legfiatalabb, az 1975–1979-ben született kohorsz esetében. Ha ennek a kohorsznak az iskolai végzettség szerinti összetétele ugyanolyan lenne, mint az 1945–1949-ben született nőké, akkor körükben a gyermektelenek aránya kissé alacsonyabb lenne, mint amilyen a valóságos, 9%-kal (de tudjuk, ez a kohorsz még nem érte el termékenységi karrierje végét). Tehát az a tény, hogy a nők iskolai végzettség szerinti összetétele időben változott, az 1945 után született nők körében alig módosította a gyermektelenség szintjét, és ahogy látjuk, csak a legfiatalabbak, az 1975–1979-ben születettek körében emelte meg kissé. Az 1945 előtt születettek esetében valóban volt hatása az iskolai végzettség változásának a gyermektelenség alakulására: visszamenőleg „lecsökkentette” azt, azaz a valós gyermektelenségi arányok alacsonyabbak, mint amilyenek akkor lettek volna, ha nem változott volna e kohorszok iskolai végzettség szerinti összetétele (lásd még a melléklet M-2. ábráján az 1945–1949-es születési kohorsz szerint standardizált, azaz a becsült és valós gyermektelenségi arányok összehasonlítását).

4. ábra: A valós és direkt standardizálással becsült gyermektelenségi arányok relatív különbsége



Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikrocenzus. Saját számítás.

Az indirekt standardizálás során pedig kiválasztjuk azt a születési kohorszt, amelyben a végleges gyermektelenségi arány a legalacsonyabb. Ez az 1955–1959-ben született nők generációja. Körükben az átlagos gyermektelenségi arány 8%-os. Az iskolai végzettség szerint azonban ez így oszlik meg: *a gyermektelenek aránya az alapfokú és a középfokú végzettségű nők körében 7–7%, míg a felsőfokú végzettségűeknél 11% (2. ábra)*. Ezeket az iskolai végzettség szerinti gyermektelenségi arányokat rögzítjük és vetítjük rá minden kohorszra, és így számolunk / becsülünk egy összesített kohorsz gyermektelenségi arányt a következő képlettel:

$$\text{HipGY}_{\text{fix_childless}}(k|k_{1955-59}) = \sum_i \left[\frac{N_i(k)}{N(k)} * \frac{N_i(k_{1955-59})}{N(k_{1955-59})} \right] \quad (4)$$

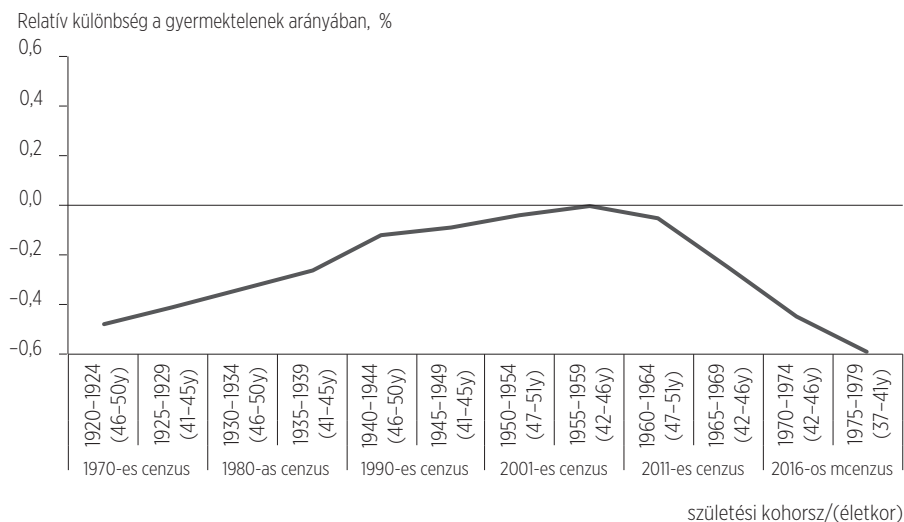
ahol a $\text{HipGY}_{\text{fix_childless}}$ jelzi az indirekt standardizált gyermektelenségi arányt k születési kohorszban, az 1955–1959-es születési kohorsz ($k_{1955-59}$) iskolai végzettség szerint rögzített gyermektelenségi arányával számolva, i az iskolai végzettség, $\frac{N_i(k)}{N(k)}$ az i iskolai végzettségű nők aránya a k születési kohorszban, $\frac{N_i(k_{1955-59})}{N(k_{1955-59})}$ pedig a gyermektelenek aránya az i iskolai végzettségű, 1955–1959-ben született nők körében. Az így kiszámolt, hipotetikus (HIPGY) és valós (GY) gyermektelenségi arányok közötti relatív különbséget pedig a (3) képlettel számoljuk jelen esetben is.

Az 5. ábrán mutatjuk be az így becsült, illetve a valós gyermektelenségi arányok közötti relatív különbség alakulását. Az időben fordított U alakú görbe azt jelzi, hogy az iskolai végzettségen belüli gyermektelenségi arány változása igenis hatással volt a teljes gyermektelenségi arány alakulására. Ha minden egyes születési kohorszban, adott iskolai végzettségi szinten, a gyermektelenek aránya ugyanakkora lett volna, mint az 1955–1959-ben született nők különböző iskolai végzettségű csoportjai körében, amikor az átlagos gyermektelenség a mindenkor legalacsonyabb volt, akkor mind az ennél idősebb, mind az ennél fiatalabb generációban a gyermektelen nők aránya alacsonyabb lett volna, mint a valóságban, 48%-kal a legidősebb és 59%-kal a legfiatalabb születési kohorszban. Tehát az a tény, hogy változott az adott iskolai végzettségen belül a gyermektelenek aránya, megemelte a gyermektelenség szintjét mind az 1955 előtt, mind az 1959 után születettek körében, mégpedig messze magasabb százalékkal, mint amennyivel módosította az iskolai végzettség szerinti összetétel változása (lásd még a melléklet *M-3. ábráján* az 1955–1959-es születési kohorsz szerint standardizált, azaz becsült, és a valós gyermektelenségi arányok összehasonlítását).

Elemzéseinket megismételtük úgy is, hogy más-más születési kohorszra standardizáltunk. Az 1945 után született női kohorszok körében az így kiszámolt

becsült gyermektelenség szintje ugyanúgy alakult volna, mint a valóságban, függetlenül attól, melyik születési kohorsz iskolai végzettség szerinti összetételét rögzítettük (direkt standardizálás). Nem meglepő módon az 1945 előtt született nők körében az így becsült gyermektelenségi arányok akkor kerültek a legközelebb a valóságoshoz, amikor az 1920–1924-es, valamint az 1935–1939-es születési kohorsz iskolai végzettség szerinti összetétele alapján standardizáltunk. Ha viszont a gyermektelenségi arányokat rögzítettük egy adott születési kohorsz iskolai végzettségén belül (indirekt standardizálás), akkor attól függően, hogy melyik születési kohorsz szerint standardizáltunk, más-más hipotetikus görbéket kaptunk. Az idősebb születési kohorszok (1920–1924 vagy 1935–1939) iskolai végzettség szerinti gyermektelenségi arányait rögzítve a valóságosnál magasabb gyermektelenségi arányokat kaptunk, míg az 1945–1949-es kohorsz iskolai végzettség szerinti gyermektelenségi arányát rögzítve a valóságos aránynál alacsonyabb gyermektelenségi arányokat kaptunk a születési kohorszok többségénél. Ezek az eredmények megerősítik feltételezésünket, hogy a gyermektelenségi arány időbeni alakulását nagyobb mértékben befolyásolta az iskolai végzettségen belüli gyermektelenségi arányok alakulása, mint a születési kohorszok iskolai végzettség szerinti összetételének változása (lásd még a melléklet M-2. és M-3. ábráját).

5. ábra: A valós és indirekt standardizálással becsült gyermektelenségi arányok relatív különbsége



Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikrocenzus. Saját számítás.

ÖSSZEGZÉS

Elemzésünkben arra kerestük a választ, hogy hogyan változott Magyarországon a gyermektelenek aránya az elmúlt 80 évben, illetve a különböző iskolai végzettségű, 1920 és 1975 között született nők körében, és hogyan alakult volna a gyermektelenség mértéke, ha nem lett volna iskolai expanzió.

1970 és 2016 között látványos volt a nők iskolai végzettség szerinti megoszlásának átalakulása. Az egyetemi, főiskolai végzettséggel rendelkező nők aránya 1-2%-ról 34%-ra emelkedett, az érettségi bizonyítvánnyal rendelkezőké pedig 2-3%-ról 35%-ra nőtt ebben a periódusban. A legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkezők aránya ugyanakkor 90%-ról 11%-ra csökkent. Arra gondolhatunk, hogy mindezek a változások nagy valószínűséggel befolyásolhatták a gyermektelenség alakulását is. De nézzük először az első kérdésünket: hogyan alakult a gyermektelenek aránya az 1920 és 1975 között született nők körében (azaz egy másik szemszögből nézve, 1970 és 2016 között). A legidősebb kohorszoktól haladva a legfiatalabbak felé a gyermektelenség alakulásában egy U alakú összefüggést látunk: a gyermektelen nők aránya a legmagasabb a vizsgált legidősebb és legfiatalabb születési kohorszokban, majd ellaposodik, és ekkor a legalacsonyabb, a „középső” generációknál. Ha a különböző iskolai végzettségű nők körén belül nézzük a gyermektelenség alakulását, ugyanezt az U alakú összefüggést látjuk. Az 1920–1924 között született nők körében a gyermektelenek aránya magas: 14% a legfeljebb 8 osztályt végzettek esetében, 25% az érettségizetteknél és 32% a diplomások között, továbbá az 1970–1974-ben születettek csoportjában szintén magas: 15% a legfeljebb 8 osztályt végzettek, 11% a szakmunkások, 14% az érettségizettek és 19% a diplomások körében. A „középső” generációknál viszont alacsony a gyermektelenek aránya, iskolai végzettségtől függetlenül: 7% az 1940–1944 között született, legfeljebb 8 osztályt végzettek között; 5% a szakmunkás végzettségű, 1955–1959 között született nőknél; 8% az 1960–1964 között született érettségizett nők körében, és 11% az ugyanekkor született diplomások csoportjában.

Az 1920 és 1940 között született nők körében a gyermektelenek aránya a legalacsonyabb a 8 osztályt vagy kevesebbet végzetteknél, és a legmagasabb az egyetemi, főiskolai diplomával rendelkezők körében. Az 1940 után születetteknél azonban a szakmunkás végzettségű nők körében lesz a legalacsonyabb a gyermektelenek aránya, annyira, hogy alacsonyabb lesz a legfeljebb 8 általánossal rendelkező nők körében mért értéknél is. Azt gondoljuk, hogy mivel az államszocialista rezsimben a kiterjedt iparosítás következtében egyre több szakmunkásra volt szükség, akiknek képzése, beiskolázása egyre erőltetetteb-

ben folyt, az alacsonyabb társadalmi státusú nők közül egyre többen végezték el a szakmunkásiskolát, termékenységi mintázatukat azonban megtartották. Ezért kezdett csökkenni náluk a gyermektelenek aránya és vált a legalacsonyabbá az egyéb iskolai végzettségű nők körében mért értékhez képest. A legfeljebb 8 általánossal rendelkezők száma pedig ahogy egyre alacsonyabb lett, úgy válhatott ez a csoport valamilyen látens, egyelőre nem feltárt szempont szerint (például egészségi állapot, családi vagy gazdasági háttér) egyre szelektívebbé annyira, hogy az 1960–1964-ben születettek körében a gyermektelenek aránya magasabb lett még az érettségizettek csoportjában mért aránynál is (8%, szemben a 9%-kal), és ez így maradt egészen az 1970–1974-ben született kohorszig. Az egyetemi, főiskolai diplomával rendelkező nők viselkedése azonban minden születési kohorszon belül disztingvált maradt: látható, hogy körükben a gyermektelenek aránya minden születési kohorszban magasabb, mint az egyéb iskolai végzettségű nők esetében. Elemzéseink azt jelzik, hogy a gyermektelen nők aránya generációról generációra változott, és ez a változás minden egyes iskolai végzettség szerinti csoporton belül jelen volt.

A különböző iskolai végzettségű nők körében mért gyermektelenségi arányok azonban közeledtek is egymáshoz. Habár ez elsősorban az alapfokú és érettségizett nők körében látványos, a szakmunkások és érettségizettek körében is látható egyfajta közeledés. Míg az 1940–1944-ben született szakmunkás végzettségű nők csoportjában a gyermektelenség feleakkora volt, mint az érettségizettek körében, addig az 1970–1974-es korosztályban már csak 20%-kal volt alacsonyabb. A felsőfokú végzettségű és érettségizett nőknél mért gyermektelenség összességében szintén hasonlóvá válik egymáshoz, és a konvergencia egyértelmű az 1955 után született nők körében.

De vajon azért alakult így a gyermektelenség, mert időben változott a nők iskolai végzettség szerinti összetétele? Vagy azért, mert minden egyes iskolai végzettség szerinti csoportnál változott a gyermektelenek aránya, azaz változott a termékenységi viselkedés? Írásunk utolsó részében ezekre a kérdésekre kerestük a választ. Elemzéseink alapján arra a következtetésre jutottunk, hogy a gyermektelenségi arány időbeni alakulását nagyobb mértékben befolyásolta az iskolai végzettség szerinti csoporton belüli gyermektelenségi arányok alakulása, mint a születési kohorszok iskolai végzettség szerinti összetételének változása. Ha a nők iskolai végzettség szerinti összetétele időben nem változik, ha *ugyanolyan lett volna, mint az 1945–1949-ben született nők iskolai végzettség szerinti összetétele*, akkor az 1945 előtt született kohorszokhoz tartozó nők körében a gyermektelenség magasabb lett volna, mint a valóságban (a legidősebb, 1920–1924-ben született nők körében 44%-kal), de az 1949-ben született női kohorszoknál

fiatalabbak körében nem változott volna: a valós és a becsült gyermektelenségi arányok között nincs különbség (kivéve a legfiatalabb, az 1975–1979-ben született kohorsz esetében, akik még nem érték el termékenységi karrierjük végét, körükben a gyermektelenség 9%-al alacsonyabb lett volna, mint a valóságban). Ha azonban minden egyes születési kohorszban a *gyermektelenek aránya iskolai végzettség szerint ugyanakkora lett volna, mint az 1955–1959-ben született nők körében*, amikor az átlagos gyermektelenség a mindenkori legalacsonyabb volt, akkor mind az ennél idősebb, mind az ennél fiatalabb generációban a gyermektelen nők aránya alacsonyabb lett volna, mint a valóságban: 48%-kal a legidősebb és 59%-kal a legfiatalabb születési kohorszban.

A tanulmányunkban kiemelt termékenységi elméletek – mind a költség-háson megfontolásokra, mind az értékbeállítódásokra, mind a bizonytalanságra alapozók – azt feltételezték, hogy a termékenység alacsonyabb a magas iskolai végzettségű nők körében, mint alacsonyabb végzettségű társaiknál. A mi adataink is azt jelzik, hogy a magasán képzett nők termékenységi szempontból (legalábbis az itt elemzett gyermektelenségi aspektusból) valóban egy disztingvált csoportot képeznek, és körükben születési kohorsztól függetlenül magasabb a gyermektelenek aránya. Igaz, ez az arány egyre hasonlóbba válik az érettségizett nők körében mért arányhoz, azaz egyre erősebb a konvergencia. A legalacsonyabb, legfeljebb 8 általános iskolai végzettséggel rendelkező nők demográfiai viselkedése azonban nem feltétlenül az elméletekben leírtaknak megfelelően alakul, legalábbis a gyermektelenség oldaláról közelítve, hiszen körükben a gyermektelenek aránya közel ugyanakkora, mint az érettségizetteknél a fiatalabb születési kohorszok esetében.¹¹ Ezek az adatok, habár meglepők, nem egyedülállók, más országokban, más születési kohorszokban is mértek hasonló összefüggést (Andersson et al., 2009; Rotkirch and Miettinen, 2017; Beaujouan et al., 2016; Szabó et al., 2016).

A gyermektelenség növekszik a fiatalabb születési kohorszokban, azaz nem csak a rendszerváltást megelőző „kohorsztrauma” hatása jelentkezik (Spéder, 2014). Gondolhatnánk, hogy már volt ilyen magas korábban is, hiszen a 20. század elején született nők körében hasonlóan magas volt a gyermektelenek aránya, mint a tanulmányunkban elemzett legfiatalabb kohorszok esetében. Ahogy a téma szakértői közül többen jelezték, az okok, amelyek a gyermeke-

¹¹ A befejezett kohorsz termékenységi arányszámok azonban szintén az alapfokú végzettségű nők körében a legmagasabbak, akárcsak a háromnál több gyermeket nevelő nők aránya, Magyarországon és a többi volt szocialista országban is. A szakmunkás végzettségű nők körében szintén magas a befejezett kohorsz termékenység, illetve a háromnál több gyermeket nevelő nők aránya, de messze nem olyan mértékben, mint az alapfokú végzettségűek körében (Brzozowska, 2015).

lenség mögött álltak akkor és most, különbözők (Berrington, 2014; Zeman, 2018). Ugyanis a 20. század elején született nők körében – legalábbis Nyugat-Európában – azért lehetett ez magas, mert az emberek későn házasodtak, magas volt a soha meg nem házasodók aránya, továbbá magas volt a különböző, a fertilitást (is) érintő fertőzésektől, egészségügyi problémáktól érintett népesség aránya, és kevesebb volt a férfiak száma is az első világháború után (Berrington, 2014). Magyarországon is többé-kevésbé hasonló okai voltak a magasabb gyermektelenségnek. Habár Nyugat-Európához képest magasabb volt a nyers házasságkötési arányszám, alacsonyabb az első házasságkötési életkor és a népesség alig 4-5%-a nem kötött házasságot élete során, Magyarországon is nőtt az első házasságkötők életkora és a házasságra soha nem lépők aránya (Tomka, 2000). A meddőség kezelésében elért fejlődések, a nemi betegségek visszaszorulása is csak a második világháború után segítette elő a gyermektelenség csökkenését (Tomka, 2000). Ma azonban a jelenleg legfiatalabb kohorszokban az egyik elsődleges ok lehet a párkapcsolatok (legyen az házasság vagy élettársi kapcsolat) kialakításának és a gyermekvállalásnak a halasztása, illetve talán az, hogy – habár összességében kevesen vannak – többen fel merik vállalni a tudatos gyermektelenséget.

A bizonytalansági hipotézisben megfogalmazottak alapján elvárt demográfiai viselkedés, úgy tűnik, nem feltétlenül csak a fiatal és képzett felnőttek esetében jelentkezik, akikről azt feltételezték, hogy inkább áll érdekükben és inkább kifizetődőbb számukra a gyermekvállalás halasztása, szemben az alacsonyabban képzett nőkkel. Ugyanis éppen a piacgazdasági feltételek között a társadalmilag legkiszolgáltatottabb, a legfeljebb 8 általános iskolai végzettségű nők körében növekedett meg és lett viszonylag magas a gyermektelenek aránya – vagy a gazdasági nehézségek és az ebből fakadó bizonytalanság miatt, vagy valamilyen más, egyelőre még nem mért szelektivitás miatt.

IRODALOM

- Andersson, G., Rønsen, M., Knudsen, L. B., Lappegård, T., Neyer, G., Skrede, K., Teschner, K. and Vikat, A. (2009). Cohort fertility patterns in the Nordic countries. *Demographic Research*, 20, 313–352.
- Andorka R. (2006). *Bevezetés a szociológiába*. Budapest: Osiris.
- Beaujouan, E., Brzozowska, Z. and Zeman, K. (2016). The limited effect of increasing educational attainment on childlessness trends in twentieth-century Europe, women born 1916–65. *Population Studies*, 70(3), 275–291.
- Becker, G. S. (1960). An economic analysis of fertility. In G. B. Roberts (Ed.), *Demographic and economic change in developed countries* (pp. 209–240). New York: Columbia University Press.
- Berrington, A. (2014, June). *Educational differences in tempo and quantum of childbearing in Britain: A study of cohorts born 1940–1969*. Paper presented: European Population Conference, Budapest.
- Berrington, A. (2017). Childlessness in the UK. In M. Kreyenfeld and D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (pp. 57–76). Cham: Springer.
- Brzozowska, Z. (2015). Female education and fertility under state socialism in Central and Eastern Europe. *Population*, 70(4), 689–725.
- Bujard, M. (2015). *Is there a reversal of the childlessness trend among highly educated women in Germany? Has the educational gradient been overestimated?* Paper presented: VID International Conference, Vienna.
- Fóti J. és Lakatos M. (1998). *A rendszerváltozás hatása a foglalkoztatásra: foglalkoztatás, munkanélküliség. Munkatudományi tanulmányok*. Budapest: Közösen a jövő munka-helyeiért Alapítvány.
- Gábos A. (2005). *A magyar családtámogatási rendszer termékenységi hatásai* (Doktori értekezés, Budapesti Corvinus Egyetem Szociológia Doktori Iskola).
- Gyáni G. (1987–88). Női munka és család Magyarországon. *Történelmi Szemle*, 366–374.
- Hoem, J. M., Neyer, G. and Andersson, G. (2006). Education and childlessness: The relationship between educational field, educational level, and childlessness among Swedish women born in 1955–59. *Demographic research*, 14(15), 331–380.
- Kantorová, V. (2004). Education and entry into motherhood: The Czech Republic during state socialism and the transition period (1970–1997). *Demographic Research*, 3, 245–274.
- Kapitány B. (2015). A népesedéspolitikával kapcsolatos elvárások és a családtámogatások változása Magyarországon 2010–2016 között. *Demográfia*, 58(4), 267–286.
- Kapitány B. és Spéder Zs. (2015). Gyermekvállalás. In Monostori J., Őri P. és Spéder Zs. (szerk.), *Demográfiai portré 2015* (41–56. o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Kapitány B. és Spéder Zs. (2018). Gyermekvállalás. In Monostori J., Őri P. és Spéder Zs. (szerk.), *Demográfiai portré 2018* (47–64. o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.

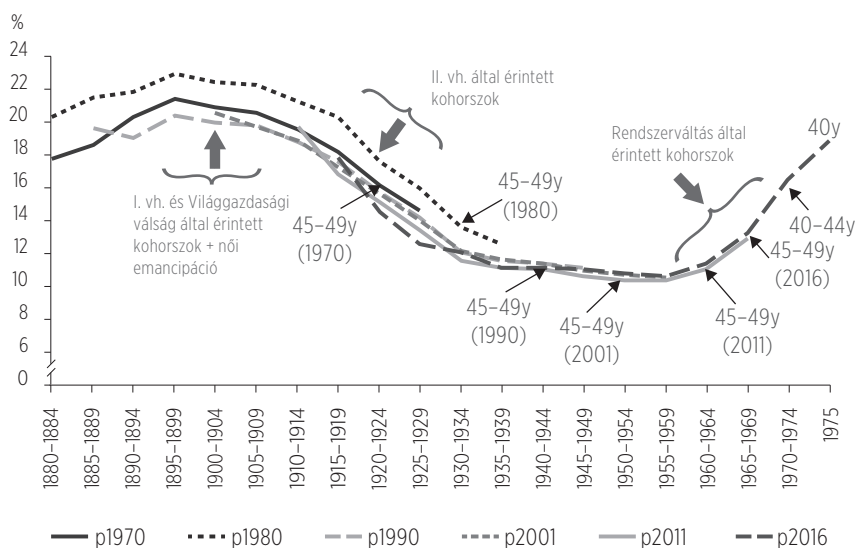
- Kiss, L. (2014). Diplomával a rendszerváltás előtt. *Felsőoktatási Műhely*, 4.
- Koncz K. (1983). A nők foglalkoztatásának alakulása és a feminizálódás tendenciája Magyarországon 1890 és 1980 között. *Demográfia*, 26(1), 140–154.
- Köppen, K., Mazuy, M. and Toulemon, L. (2017). Childlessness in France. In M. Kreyenfeld and D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (pp. 77–95). Cham: Springer.
- Központi Statisztikai Hivatal (2011). *Népszámlálás 2011. Módszertani megjegyzések és fogalmak*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. <http://www.ksh.hu/nepszamlalas/docs/modszertan.pdf>.
- Központi Statisztikai Hivatal (2016). *Mikrocenzus 2016. 2. A népesség és lakások jellemzői*. Budapest: Központi Statisztikai Hivatal. https://www.ksh.hu/docs/hun/xftp/idoszaki/mikrocenzus2016/mikrocenzus_2016_2.pdf.
- Kreyenfeld, M. (2010). Uncertainties in female employment careers and the postponement of parenthood in Germany. *European Sociological Review*, 26(3), 351–366.
- Kreyenfeld, M. and Konietzka, D. (2017a). Childlessness in East and West Germany: Long-term trends and social disparities. In M. Kreyenfeld and D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (pp. 97–114). Cham: Springer.
- Kreyenfeld, M. and Konietzka, D. (2017b). Analyzing childlessness. In M. Kreyenfeld and D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (pp. 3–15). Cham: Springer.
- Lesthaeghe, R. (2010). The unfolding story of the second demographic transition. *Population and Development Review*, 36(2), 211–251.
- Livingston, G. (2015). Childlessness falls, family size grows among highly educated women. *Pew Research Center*. Elérhető: <https://www.pewsocialtrends.org/2015/05/07/childlessness-falls-family-size-grows-among-highly-educated-women/>
- Makay Zs. (2016). „Önnek hány gyermeke született?” Gyermekszámra vonatkozó kérdézési technikák és adatjavítások az Életünk fordulópontjai panelkutatásban. *Demográfia*, 59(1), 121–143.
- Makay Zs. (2018). Családtámogatás, női munkavállalás. In Monostori J., Őri P. és Spéder Zs. (szerk.): *Demográfiai portré 2018* (83–102. o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Miettinen, A. and Szalma, I. (2014). Childlessness intentions and ideals in Europe. *Finnish Yearbook of Population Research*, 49, 31–55.
- Miettinen, A., Rotkirch, A., Szalma, I., Donno, A. and Tanturri, M.-L. (2015). Increasing childlessness in Europe: Time trends and country differences. *Families and Societies. Working Paper Series*, 3.
- Neyer, G., Hoem, J. M. and Andersson, G. (2017). Education and childlessness: The influence of educational field and educational level on childlessness among Swedish and Austrian women. In M. Kreyenfeld and D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (pp. 183–207). Cham: Springer.
- Organisation for Economic Co-operation and Development (2014). *Education at a Glance 2014. OECD Indicators*. Paris: OECD. <http://www.oecd.org/edu/Education-at-a-Glance-2014.pdf>.

- Organisation for Economic Co-operation and Development (2018). *Education at a Glance 2018. Country note: Hungary*. https://read.oecd-ilibrary.org/education/education-at-a-glance-2018/hungary_eag-2018-49-en#page4.
- Pongrácz T. (2011). *Egyre fontosabb a nők számára a munkavállalás. KorFa Népesedési Hírlevél*, 12/(1), 1–3.
- Pukánszky B. (2013). *Bevezetés a nőnevelés történetébe*. Budapest: Gondolat.
- Rotkirch, A. and Miettinen, A. (2017). Childlessness in Finland. In M. Kreyenfeld and D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, Causes, and Consequences* (pp. 139–158). Cham: Springer.
- S. Molnár E. (2011). A közvélemény gyermekszám-preferenciáinak alakulása Magyarországon az elmúlt évtizedekben. In Pongrácz T. (szerk.): *A családi értékek és a demográfiai magatartás változásai. A Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutató Intézetének kutatási jelentései 91.* (69–93. o.). Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Sobotka, T. (2008). Overview chapter 6: The diverse faces of the second demographic transition in Europe. *Demographic Research*, 19(8), 171–224.
- Sobotka, T. (2011). Fertility in Central and Eastern Europe after 1989: Collapse and gradual recovery. *Historical Social Research/Historische Sozialforschung*, 36(2), 246–296.
- Sobotka, T. (2017). Childlessness in Europe: Reconstructing long-term trends among women born in 1900–1972. In M. Kreyenfeld and D. Konietzka (Eds.), *Childlessness in Europe: Contexts, causes, and consequences* (pp. 17–53). Cham: Springer.
- Spéder Zs. (2003). Gyermekvállalás szorító gazdasági körülmények, nyíló fogyasztási lehetőségek és bizonytalanság közepette. *Demográfia*, 46(6–7), 153–176.
- Spéder Zs. (2014). Gyermekszám(szcenáriók) – az új családmódel kontúrjai. In Spéder Zs. (szerk.), *A család vonzásában. Tanulmányok Pongrácz Tiborné tiszteletére*. *Demográfus Könyvtár* (105–128. o.) Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Spéder, Zs., Elekes, Z., Harcsa, I. and Róbert, P. (2002). The outlines of the transformation in Hungary. In W. Adamski, P. Manochin and W. Zapf (Eds.), *Structural Change and Modernisation in Post-Socialist Societies* (pp. 79–153). Hamburg: Kraemer.
- Spéder, Zs. and Kamarás, F. (2008). Hungary: Secular fertility decline with distinct period fluctuations. *Demographic Research*, 19(18), 599–664.
- Szabó, L., Kapitány, B. and Rohr, A. K. (2016). *U-shape link between education and childlessness in Hungary – a new Central European phenomenon*. EAPS Poszter, EPC 2016, Mainz. <http://demografia.hu/hu/letoltes/publikaciok/EPCposter2016.pdf>.
- Szalma I. és Takács J. (2012). A gyermektelenséget meghatározó tényezők Magyarországon. *Demográfia*, 55(1), 44–68.
- Szalma I. és Takács J. (2014). Gyermektelenség – és ami mögötte van. Egy interjú vizsgálata eredményei. *Demográfia*, 57(2–3), 109–136.
- Szalma, I. and Takacs, J. (2018). Is there voluntary childlessness at all in Hungary? In N. Sappleton (Ed.), *Voluntary and Involuntary Childlessness: The Joys of Otherhood?* (pp. 309–336). Emerald Publishing.

- Tanturri, M. L. and Mencarini, L. (2008). Childless or childfree? Paths to voluntary childlessness in Italy. *Population and Development Review*, 34(1), 51–77.
- Tanturri, M. L., Mills, M., Rotkirch, A., Sobotka, T., Takács, J., Miettinen, A., Faludi, Ch., Kantsa, V. and Nasiri, D. (2015). State-of-the-art report: Childlessness in Europe. *Families and Societies*, 32, 1–53.
- Tárányi Á. (1998). Európai családpolitikák: a magyar családpolitika története. *Demográfia*, 41(2–3), 233–268.
- Tomka B. (2000). *Családfejlődés a 20. századi Magyarországon és Nyugat-Európában*. Budapest: Osiris.
- van de Kaa, D. J. (2002). The idea of a second demographic transition in industrialized countries. Paper presented: the Sixth Welfare Policy Seminar of the National Institute of Population and Social Security, Tokyo, Japan.
- Wood, J., Neels, K. and Kil, T. (2014). The educational gradient of childlessness and cohort parity progression in 14 low fertility countries. *Demographic Research*, 31, 1365–1416.
- Zeman, K. (2018). Cohort fertility and educational expansion in the Czech Republic during the 20th century. *Demographic Research*, 38, 1699–1732.

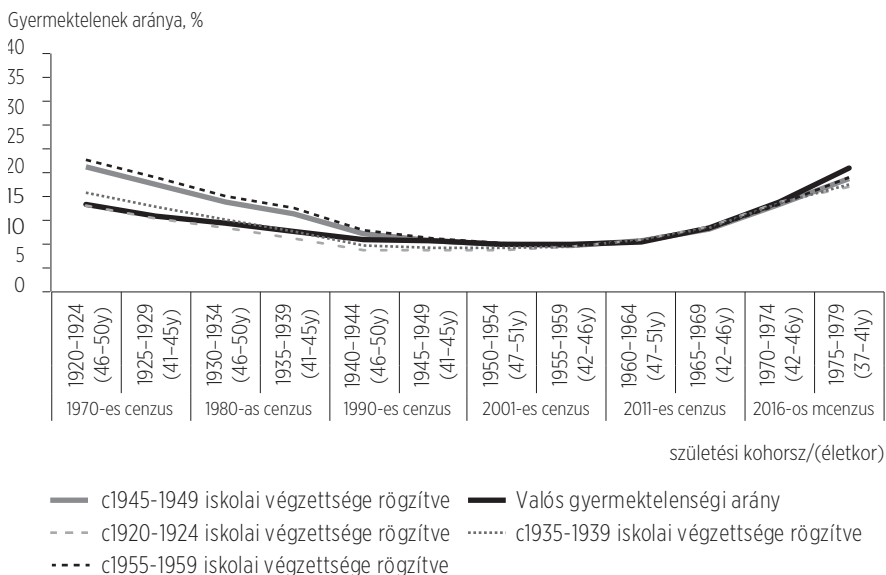
MELLÉKLET

M-1. ábra: Gyermektelen nők aránya születési kohorszonként (1880–1975) és periódusokként, 1970–2016



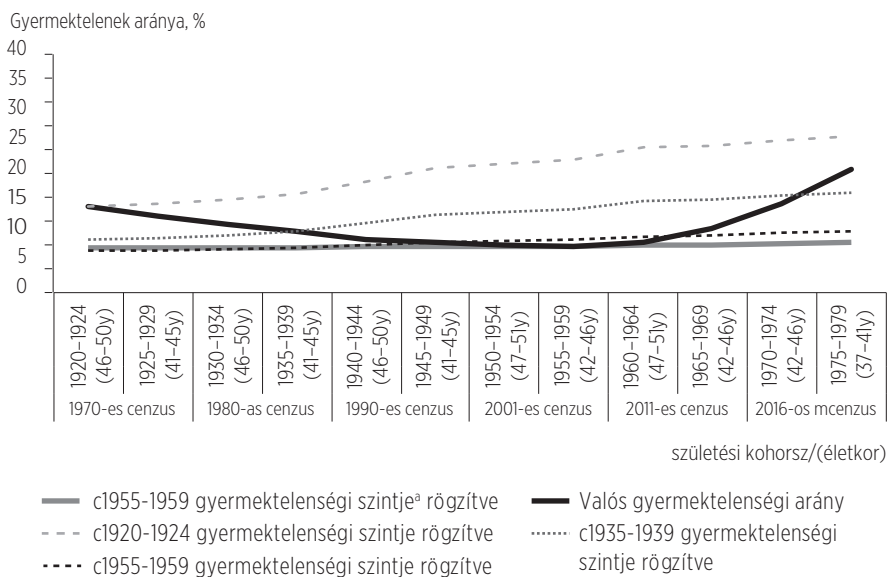
Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikrocenzus és termékenységi adattár 1970–2015.

M-2. ábra. A valós és (direkt) standardizálással becsült gyermektelen nők aránya születési kohorszokként



Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikroczensus.

M-3. ábra: A valós és (indirekt) standardizálással becsült gyermektelen nők aránya születési kohorszokként



^a Az adott iskolai végzettségen belüli gyermektelenségi arányok rögzítve.

Forrás: 1970, 1980, 1990, 2001. és 2011. évi népszámlálás, 2016. évi mikroczensus.

THE RELATIONSHIP BETWEEN CHILDLESSNESS AND LEVEL OF EDUCATION IN HUNGARY AMONG WOMEN BORN IN 1920–1975

ABSTRACT

The level of education of women are emphasized in general when researchers try to explain the ultimate childlessness at individual level. The increasing level of education seems to be related to the increasing share of childless women. Our analysis used as data source the individual level Hungarian population censuses from the years 1970, 1980, 1990, 2001, 2011 and the microcensus data from 2016, allowing us to select the population of the 41–51 years old childless women with four level of education: primary, vocational, secondary and university, college. We bring evidence on the changing share of childless women born between 1920 and 1975 in general and by level of education. Our data also shows the convergence in childlessness of women with different level of education.

We constructed two hypothetical scenarios and found the next. If in all birth cohorts the educational composition of women has been the same as the educational composition of women born in 1945–1949, the proportion of childless women among those born before 1945 would be higher than the actual one by 44%, while there would be no difference among younger generations born after 1949. On the other hand, if the level of childlessness within educational groups in all birth cohorts has been the same as in the 1955–1959 birth cohort, the level of childlessness would have been lower than the actual one by 50% in older cohorts and by 60% in younger cohorts. That is, the change in the share of childless women within educational groups has a greater impact on the overall childlessness, than the change in the educational composition of women born in 1920–1975.

A SZÜLETÉSI KOHORSZVIZSGÁLATOK PSZICHOLÓGIAI KÉRDÉSEI*

Lábadi Beatrix – Pohárnok Melinda

ÖSSZEFOGLALÓ

Az utóbbi évtizedekben az epidemiológiai fókuszú születési kohorszvizsgálatok mellett egyre nagyobb szerepet kapnak az összetett biopszichológiai-ökológiai szemléletű kutatások. Tanulmányunk kettős céllal született. Egyrészt bemutatunk egy olyan komplex értelmezési keretet, melyben a fejlődési változások több szinten, disztális és proximális tényezők függvényében értelmezhetők. Másrészt áttekintjük a kohorszvizsgálatokban hangsúlyos pszichológiai változók köré csoportosítható kérdéseket, amelyekkel kapcsolatban a nemzetközi születési kohorszvizsgálatok az elmúlt évtizedekben fontos új eredményeket hoztak. A pszichológiai fejlődés szempontjából két fő kutatási kérdést kiemelve elemezzük a kohorszkutatásokat: 1. hogyan jön létre az adaptív/maladaptív fejlődés a kockázati és védőtényezők mentén, és 2. milyen közvetlen és közvetett hatások alakítják a reziliens fejlődést. Tanulmányunkban a disztális változóktól a proximális felé haladva, kiemelt társadalmi és családi változókon keresztül mutatjuk be a nemzeti kohorszkutatásokat és az azok eredményeit kiegészítő kisebb volumenű longitudinális vizsgálatok tanulságait. Tárgyszavak: születési kohorsz-vizsgálat ; szerintem nem teszünk tárgyszavakat többes számba

Lábadi Beatrix, Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet

E-mail: labadi.beatrix@pte.hu

Pohárnok Melinda, Pécsi Tudományegyetem, Pszichológia Intézet

E-mail: poharnok.melinda@pte.hu

* A projekt az Európai Unió támogatásával, az Európai Szociális Alap társfinanszírozásával valósul meg (EFOP-3.6.1.-16-2016-00004 Átfogó fejlesztések a Pécsi Tudományegyetemen az intelligens szakosodás megvalósítása érdekében).

A NEMZETKÖZI ÉS HAZAI SZÜLETÉSI KOHORSZVIZSGÁLATOK RÖVID ÁTTEKINTÉSE

A gyermek pszichés fejlődését számos biológiai, interperszonális és környezeti tényező együttesen és folyamatosan alakítja. Az egymásra ható tényezők időbeli változását a longitudinális módszertanon alapuló kutatások tudják hitelesen feltárni. A keresztmetszeti eljárásokkal szemben a hosszmetzeti kutatások előnye, hogy az egyéni jellemzők változásán keresztül követik a fejlődési folyamatok alakulását, miközben feltárják a változásra ható tágabb szociális és környezeti kontextust is. A módszer természetéből adódóan a gyermek fejlődése ezáltal összetettebb és holisztikusabb perspektívából értelmezhető, és maga a gyermek és családja is úgy jelenik meg, mint aktív ágense a fejlődési változásnak. Ezért a longitudinális módszertant alkalmazó kutatások összetettebb és jobb ökológiai validitású fejlődési modelleket alapoznak meg, amelyek segítségével megismerhetjük, miként bontakozik ki és hogyan változik a gyermek veleszületett adottsága az életkörülmények, a családi és a társas kapcsolatok együttes hatására.

A longitudinális vizsgálatok speciális csoportját képező születési kohorszkutatások az azonos időszakban született gyermekek fejlődését követik megegyező globális (például történelmi, gazdasági) hatások mellett, megragadva a társadalmi, a családi és az egyéni változók közötti kapcsolatok jelentőségét a gyermek fejlődésében. E vizsgálatok sok esetben már a várandósság időszakában megkezdik az adatgyűjtést a család életkörülményeiről, a társas és családi hálózatról, az anya testi-lelki jóllétéről, a születendő gyermekre vonatkozó elvárásairól és érzelmeiről. A gyermek születését követően a kohorszvizsgálatok fókuszába a gyermeki fejlődés – úgy mint a testi-fizikai fejlődés, az érzelmi, társas és kognitív kompetenciák kibontakozása – és az azt befolyásoló dimenziók kerülnek, például az anya mentális egészsége vagy a család anyagi jóléte, illetve a tágabb környezeti hatások, társadalmi változások (Thornton, 2004).

Számos ország komoly hagyománnyal és tapasztalattal rendelkezik a születési kohorszvizsgálatok terén (összefoglalás a nemzeti születési kohorszvizsgálatokról: *1. táblázat*), melyek jelentős része egészségügyi területen kutatja a felnővekvő gyermekek sajátosságait (összefoglaló ta-

nulmány magyarul Blaskó, 2009). Ezek közül kiemelkedik a brit nemzeti vizsgálat, mely több nemzedéken keresztül kutatja a társadalmi, történelmi, demográfiai változások hatásait. Az első brit születési kohorszvizsgálat 1946-ban indult el (*National Survey of Health and Development*, NSHD), amelyet 1958-ban a *National Child Development Study* (NCDS), 1970-ben a *British Cohort Study 1970* (BCS70) és a legújabb nemzedéket vizsgáló 2000-es *Millennium Cohort Study* (MCS) követett. Az első két vizsgálat még egészségügyi céllal született, a koraszülöttség és a csecsemőhalandóság állt a fókuszban. A későbbi vizsgálatok a gyermekek fizikai és mentális képességének fejlődését is nyomon követték. A legújabb *Millennium Cohort* adatgyűjtése már kiterjedt a kora gyermekkori fejlődés társadalmi és gazdasági háttértényezőire (szegénység, iskolai- és egészségügyi esélyegyenlőség), az anya és az apa mentális egészség változóira, nevelési, szülői attitűdjének, házastársi kapcsolatának vizsgálatára. Az előző kutatásokhoz képest nagyobb szerepet kaptak a gyermek olyan jellemzői is, mint a temperamentum és a kognitív fejlődés.

A születési kohorszkutatások egy része epidemiológiai jellegű vizsgálat, mely az egészségi állapotot befolyásoló változók közötti összefüggések megismerésére törekszik, azzal a céllal, hogy a feltárt ismeret a gyakorlatban hasznosíthatóvá váljon az életkörülmények és az egészségi állapot javítását szolgáló szociális és egészségügyi beavatkozásokkal. Ilyen kutatás például a kilencvenes években indult *AVON Longitudinal Study of Parents and Children* (ALSPAC), amely 14 500 Bristol környékén élő család egészségügyi állapotát követi nyomon, hangsúlyt fektetve a genetikai háttérre, a fizikai fejlődésre, az általános egészségi állapotra és a betegségre való hajlamra. Az epidemiológiai fókuszú vizsgálatok mellett népszerűek a szélesebb társadalomtudományi kérdésekre is kiterjedő, interdiszciplináris, nagy mintás kohorszkutatások. Ilyen átfogó nemzeti kutatásokat (1. táblázat) találunk, a teljesség igénye nélkül, az Egyesült Királyságban (például *Born in Bradford*, BiB), az Egyesült Államokban (*Early Childhood Longitudinal Study*, ECLS), Írországbán (*Growing up in Ireland*, GUI) Új-Zélandon (*Growing Up in New Zealand*, GUiNZ), Ausztráliában (*Longitudinal Study of Australian Children*, LSAC) és Franciaországban (*French Longitudinal Study of Children*, ELFE).

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusz(a)	Online elérhetőség
Ausztrália					
Australian Temperament Project -Generation 1 - 2 Study (ATP)	1982-1983	N=2 433	4-8 hónaposan, 4 éves korig minden évben, általános iskolás kortól 2 évente 20 éves korig. Később 4 évente (összesen 15 hullám)	Temperamentum, érzelmi, pszichoszociális fejlődés, viselkedési problémák	http://www3.aifs.gov.au/atp/
Australian Temperament Project Generation 3 Study	2012	N=1000 gyermek Generation 1 gyermekei	várandós, 2 hónap, 1-4 éves	Szülői érzelmi egészség, (anya-gyermekek kapcsolat, kötődés, szülői gondozás) Gyermekek társas-érzelmi fejlődése Biológiai hatások (epigenetika)	
Growing up in Australia - Longitudinal Study of Australian children (LSAC)	2003/2004	2 reprezentatív minta N(1)= 5 000 N(2)= 5 000	1 = 0-1 éves kor között, majd minden 2. évben 2013-ig (összesen 5 hullám) 2= 4-5 éves kor között, majd minden 2. évben	Multidiszciplináris, azok a változók, melyek hatnak a gyermek szociális, érzelmi, egészségi állapotára és kognitív fejlődésére	https://growingupinaustralia.gov.au/

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai (folytatás)

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusa(i)	Online elérhetőség
Dánia					
Danish National Birth Cohort (DNBC)	1996–2002	N=101 042	várandós, 6–, 18 hónapos, 7–, 11–, 14 éves	Egészségügyi fókusz	https://www.dnbc.dk
Dél-Afrika					
Birth to Twenty	1990	N=3 273	várandós, születéskor, 6 hónapos, évente	Multidiszciplináris: fizikai egészség, fejlődés, környezet, táplálkozás, társadalmi háttér, kognitív fejlődés	http://www.hsrc.ac.za/en/research-areas/Child-Youth-Family-and-Social-Development/fatherhood-project/birth-to-twenty
Egyesült Államok					
Early Childhood Longitudinal Study - Birth Cohort (ECLS-B)	2001	N=14 000	9 hónapos, 2 és 4 éves	Egészség, fejlődés, gondozás és intézményi nevelés hatásai, kognitív, társas-érzelmi fejlődés	https://nces.ed.gov/ecls/
Early Childhood Longitudinal Study Kindergarten Cohort (ECLS-K, ECLS-K:2011)	ECLS-K: 1998/99 ECLS-K:2011: 2010/11	N(K)=21 000 N(K:2011)= 18 630	K= óvoda, 1–, 3–, 5–, 8. osztályban K:2011=óvoda,1–, 2–, 3–, 4–, 5 osztályban	Intézményi nevelés, korai óvodai és iskolai tapasztalatok, családi és egyéni tényezők szerepe, Fizikai, kognitív, társas-érzelmi fejlődés	

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai (folytatás)

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusza(i)	Online elérhetőség
Egyesült Államok (folytatás)					
Fragile Families and Child Well-being Study	1998-2000	N= 5 000	születéskor, 1, 3, 5, 9, 15 éves (2020-ban tervezik a 6. hullámot)	Házasságot nem kötött szülők családjában nevelkedő gyermekek jólléte	https://fragilefamilies.princeton.edu/
National Children's Study (NCS)	2008	N= 12 000	várandóságot megelőzően, várandós, születéskor, 1-, 3-, 6-, 12-, 36 hónapos	Környezeti hatások a gyermekek egészségi állapotára és fejlődésére	https://ncsarchive.s-3.net/bioshare/ (2020-tól: https://dash.nichd.nih.gov)
Egyesült Királyság					
National Survey of Health and Development (NSHD)	1946	N=5362	születéskor, majd 24 adatgyűjtési hullám, az utolsó 70 éves	Egészség és fejlődés	http://www.nshd.mrc.ac.uk/
National Child Development Study (NCDS, kezdetben Perinatal Mortality Survey)	1958	N=17 415	születéskor, 7, 11, 16, 23, 33, 42, 44, 46, 50, 55, éves (2020-ban tervezett 60 éves)	Az első adatgyűjtés: csecsemőhalálozás, Később fizikai, iskolai, társas és gazdasági fejlődés	https://cis.ucl.ac.uk/cis-studies/1958-national-child-development-study/

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai (folytatás)

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusza(i)	Online elérhetőség
Egyesült Királyság (folytatás)					
Birth Cohort Study 1970 (BCS70)	1970	N=17 196	születéskor, 5, 10, 16, 26, 30, 34, 42, 46 éves (2020-ban tervezett 50 éves)	Kezdetben egészségügyi később kiterjesztették az oktatási, társas, gazdasági szempontokra is.	https://ds.ucl.ac.uk/cis-studies/1970-british-cohort-study/
Millennium Cohort Study (MCS, „Child of the New Century“)	2001	N= 18 818	9 hónap, 3-, 5-, 7-, 11-, 14-, 17 éves	Multidiszciplináris: kognitív, társas érzelmi és viselkedés fejlődése, fizikai és pszichés jóllét, család, közösség, társas hálózat, oktatás, kockázati tényezők	https://ds.ucl.ac.uk/cis-studies/millennium-cohort-study/
Avon Longitudinal Study of Parents and Children (ALSPAC, „Children of the 90s“)	1991/ 1992	N=14 541	várandós, csecsemő (4 hét-2 év), kisgyermek (2-7 év), gyermekkor (7év), preadoleszcens (7-13 év), adolescens (13-16 év), átmenet felnőttkorba (16-18 év), felnőtt (18+)	Fizikai, társas környezet és a genetikai hatás interakciója és ezek befolyása a gyermek egészségére és viselkedésére.	http://www.bristol.ac.uk/alspac/

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai (folytatás)

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusza(i)	Online elérhetőség
Egyesült Királyság (folytatás)					
Growing Up in Scotland (GUIS)	Birth Cohort1 2004/05 Child Cohort 2002/03 Birth Cohort2 2010/11	N (BC1)= 5 217 N(CC)=2 858 N(BC2)=6 127	BC1: 10 hónapos, 2-, 3-, 4-, 5-, 6-, 8-, 10-, 12-, 14 éves, CC: 3-, 4-, 5-, 6 éves BC2: 10 hónapos, 3-, 5 éves	Multidiszciplináris: kognitív, társas érzelmi és viselkedés fejlődése, fizikai és pszichés jóllét, család, közösség, társas hálózat, oktatás, kockázati tényezők	https://growingupinScotland.org.uk/
Born in Bradford (BiB): Growing up projekt (több almintával rendelkezik)	2007	N= 12 500 (minden várandós 2007–2011 között)	<ul style="list-style-type: none"> • BiB 1000 minta: várandós, 6 hó, 12hó, 18hó, 24hó, 36hó • ALL IN minta: 12hó, 18hó • MeDALL minta: 48hó 	Egészségügyi fókusz	https://borninbradford.nhs.uk/
Born in Bradford (BiB) Primary School Years projekt (BiB minta további vizsgálata)	2011/2012	N= 9 000 (BiB mintából)	4–5, 7–10 éves	Kognitív képességek, társas-érzelmi jóllét, egészség	

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai (folytatás)

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusza(i)	Online elérhetőség
Franciaország					
French Longitudinal Study of Children (ELFE)	2009	N=20 000 gyermek	várandós, 2-, 3-10 hónap, 1-, 2-, 3-, 4-, 5-, 7-8 éves	Multidiszciplináris, környezeti hatás egészségre, fejlődésre és szocializációra.	https://www.elfe-france.fr/en/
Írország					
Growing Up in Ireland (GUI)	Infant Cohort: 2006 Child Cohort: 2008	N(IC) =11 134 N (CC) = 8 500	2 minta: IC: 9 hónaposan 3-, 5-, 7/8-, 9 éves CC: 9-, 11-, 13-, 17/18-, 20 éves	Multidiszciplináris, vizsgálja a fejlődésre ható tényezőket, és a környezet hatását a gyermek későbbi életére	https://www.growingup.ie/about-growing-up-in-ireland/
Hollandia					
Generation R R Next	R: 2002–2006 Next: 2017–	N(R) = 9 778 =10 000 N(Next)	R= Várandós, születéskor, 0–4 éves, 5-, 9-, 13 éves Next=várandós(..)	Multidiszciplináris, fizikai, viselkedéses és kognitív fejlődés, egészségügyi kérdések (pl. asztma, diabétesz, obezitás)	https://generationr.nl/researchers/

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai (folytatás)

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusza(i)	Online elérhetőség
Kanada					
Quebec Longitudinal Study of Child Development (QLSCD)	1998	N=2 120	5-, 17-, 29-, 41-, 45-56 hónap 5-, 6-, 7-, 8-, 10-, 12-, 13-, 15-, 17-, 19 év	Gyermekek társas alkalmazkodása, iskolai hatások	http://www.iamillbe.stat.gouv.qc.ca/
National Longitudinal Survey of Children and Youth (NLSCY)	1994-től (8 ciklusban), utolsó minta 2008-09-ben indult	N= 30 000 (ciklusonként)	gyermekkorban (0-9 éves) és serdülőkorban (12-23 éves) indított kutatás, adatfelvétel minden második évben	Gyermek fejlődése, pszichés jóléte, oktatás, környezeti hatások	http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=4450
Magyarország					
Kohorsz'18	2018	N=9 000 reprezentatív minta	várandós, 6-, 18-, 36 hónap	Multidiszciplináris: kognitív, társas érzelmi és viselkedés fejlődése, fizikai és pszichés jólét, család, közösség, társas hálózat, oktatás, kockázati tényezők	https://www.kohorsz18.hu

1. táblázat: Nemzeti születési kohorsz kutatások összefoglaló adatai (folytatás)

Kohorsz megnevezése	Kutatás kezdete	Minta jellemzői	Adatfelvételi hullámok	Kutatás fókusza(i)	Online elérhetőség
Németország					
National Educational Panel Study (NEPS, több kohorsz vizsgálata az oktatási rendszerhez igazítva)	2012 (Starting Cohort Newborns)	N=3 500 reprezentatív minta	első hullám 6–11 hónap között, majd minden évben 14 éves korig	Oktatási, nevelési fókuszú, képességfejlődés, nevelés, gondozás, család, interakciók, tanulási környezet	https://www.neps-data.de/en-us/home.aspx
Norvégia					
Norwegian Mother, Father and Child Cohort	1998	N=114 500	várandósan, 18 hónap, 3–, 5–, 7–, 8–, 13 éves	Egészségügyi kockázatok (anya, apa és gyermek)	https://www.fhi.no/en/
Spanyolország					
Infancia y Medio Ambientes	1995–2005	N=3 916 várandós	várandósan, születéskor, 1 évesen, 4 évesen	Egészségügyi: környezeti szennyezés hatása a várandóságra, a gyermek fejlődésére	http://www.proyectoima.org/en_index.html
Új-Zéland					
Growing up in NewZealand (GuiNZ)	2009/2010	N= 6 822	várandós, 6 és 35 hetes, 9–, 16–, 23–, 24–, 31–, 45–, 54–, 72 hónap	Multidiszciplináris, egészséges fejlődés, jóllét, pszichológiai fejlődés, oktatás, környezet, identitás, kultúra	http://www.growingup.co.nz/en.html

Magyarországon viszonylag kevés nagyobb volumenű longitudinális vizsgálat született az elmúlt néhány évtizedben (összefoglaló magyarul: Blaskó, 2009). A longitudinális vizsgálatok közül az *országos longitudinális gyermeknövekedés* vizsgálat emelkedik ki, amely alapvetően egészségügyi kutatási céllal született. A várandósság 20. hetétől (6300 fős mintával) egészen a gyermek 18 éves koráig (1800 fő) tartott az adatgyűjtés, amely a gyermek testi fejlődését és egészségi állapotát helyezte a kutatás homlokterébe, kiegészítve a gyermeki jólétre vonatkozó kérdésekkel (Gárdos, 1990, Joubert és Gárdos, 1991, Joubert, 2006). A másik jelentős kutatás, a budapesti longitudinális vizsgálat a gyermeki pszichológiai fejlődés nyomon követésére született. Az első vizsgálat 1982-ben a gyermekek három hónapos adatfelvételével kezdődött, amelyet még öt adatgyűjtési időpont követett: kétéves, nagycsoportos óvodás, 2. osztályos, 6. osztályos és fiatal felnőttkorban (22–23 évesen). A minta 443 fő részvételével kizárólag Budapesten született gyermekekre vonatkozott. A vizsgálat kiterjedt a pszichológiai változókra (például intelligencia), a szülői kapcsolatokra, a nevelési kérdésekre, a család szocioökonómiai státuszára és a deviáns magatartásformák előfordulására (Ranschburg és Horváth, 1985, Ranschburg et al., 1995, Bass, 2007). A harmadik jelentős kutatás, a budapesti családvizsgálat (Gervai, 2005) a korai fejlődés és a családi tényezők pszichológiai aspektusainak longitudinális vizsgálatát tűzte ki célul. A kutatás az első gyermekét nevelő 103 családban követte nyomon a korai szülő-gyermek kapcsolatot és az érzelmi-szociális fejlődést a születéstől a gyermekek hatéves koráig. Hazánkban születési kohorsz-vizsgálatra a 2018-ban elindult Kohorsz' 18 megnevezésű kutatás előtt nem volt példa. A KSH Népeségtudományi Kutatóintézete által indított reprezentatív mintán végzett kutatás mintegy 8500, 2018/19-ben született gyermek felnövekedését követi nyomon a várandósság harmadik trimeszterétől. A vizsgálat kérdései többek között kiterjednek a gyermekvállalási és a gyermeknevelési körülményekre, a születendő gyermekek társas-érzelmi és kognitív fejlődését meghatározó szülői, családi és társadalmi sajátosságokra (Veroszta, 2018).

Összefoglaló tanulmányunk első felében bemutatjuk a születési kohorszkutatások pszichológiai változóinak értelmezéséhez jól illeszkedő biopszichológiai ökológiai modellt, amely a fejlődést a gyermek szűkebb és tágabb környezetével folytatott tranzakciós folyamatokon keresztül ragadja meg. Ezen elméleti kereten belül az adaptív/maladaptív fejlődés dinamikus folyamatát a rizikó- és a protektív tényezők, valamint a fejlődési kimeneti változók közötti kapcsolatok elemzési lehetőségeit felhasználva mutatjuk be. A tanulmány második felében áttekintjük a születési kohorszkutatásokban megjelenő pszichológiai változókat és kérdéseket, a kognitív, társas-érzelmi fejlődés kibontakozását és a pszichés

egészséget befolyásoló tényezőket a disztálisoktól a proximálisak felé haladva. A pszichológiai változók szerepének tisztázásához longitudinális kutatások eredményeit használjuk fel, törekedve a nagyobb reprezentatív mintán alapuló nemzeti születési kohorszvizsgálatok előtérbe helyezésére, ugyanakkor idézünk kisebb volumenű kutatásokat is, ha eredményeik pontosítják és többletinformációval gazdagítják az általánosabb összefüggéseket.

A PSZICHOLÓGIAI FEJLŐDÉS KIBONTKOZÁSA A RIZIKÓ- ÉS PROTEKTÍV FAKTOROK MENTÉN

A longitudinális vizsgálatok sajátossága, hogy a gyermek fejlődését tágabb ökológiai keretben a bioszociális környezet (Bronfenbrenner and Ceci, 1994) részeként értelmezik. A gyermek várható fejlődési kimenetét (társas, érzelmi és kognitív kompetenciáját) az egyéni jellemzői (temperamentum, fizikai és egészségi állapot), a szülői tényezők (anya/apa pszichés-mentális egészsége, társas, érzelmi és kognitív kompetenciája, szülői/nevelői attitűdje és nevelési gyakorlata), a szülők közötti kapcsolat (a párkapcsolat minősége, konfliktusok gyakorisága), a gyermek és az anya közötti kapcsolat minősége (biztonság, melegség, válaszkészség), valamint a gyermek és családja mikrokörnyezeti (családi és közvetlen környezeti hatások, feltételek) és makrokörnyezeti (társadalmi, kulturális és gazdasági) jellemzői együttesen határozzák meg. A több szinten megjelenő hatásokat, interakciókat a gyermek életkori szakaszaihoz igazodó fejlődési teljesítmények elérése mentén és a pszichés jóllétének (mentális egészség) vizsgálatán keresztül tudjuk megragadni. A gyermek fejlődése mindenkor biológiai adottságainak és a környezet olyan jellemzőinek függvényében alakul, amelyek támogatják vagy nehezítik a gyermekben rejlő adottságok kibontakozását.

A fejlődési lehetőségek kibontakozását hátráltató *rizikótényezők* növelik a gyermek fejlődési sérülékenységét. Ezek egy része olyan közeli (proximális) biológiai és pszichoszociális faktor, mint a szülők pszichiátriai problémái (például szülői szerhasználat, anyai depresszió, szorongás), házastársi konfliktusok, válás, negatív életesemények (például veszteségélmények, a szülő halála), elhanyagoló vagy bántalmazó bánásmód (Rutter et al., 1997). Másrészt olyan távoli (disztális) környezeti kockázati tényezők, melyek hosszú távon, sokszor későbbi életkorban manifesztálódó problémák megjelenésével nehezítik az egészséges fejlődés kibontakozását; ilyen tényező például a szegénység, a szülők alacsony iskolázottsága, az egyszülős vagy sokgenerációs család szűkös erőforrásokkal

(Gerard and Buehler, 2004), vagy a rossz lakókörnyezet (összefoglaló tanulmány a rizikó- és protektív tényezők hatásáról Danis és Kalmár, 2011).

A rizikófaktorok jelenléte tehát növeli a valószínűségét, hogy a gyermek kognitív kompetenciája nem éri el az adottságai alapján elvárható optimális szintet, és ezzel együtt több viselkedéses alkalmazkodási problémával kell megküzdenie élete során. Viszont nem egyszerűen egy-egy rizikófaktor jelenléte az oka a fejlődési nehézség megjelenésének. Ahogyan a fejlődési elméletekben megjelenő tranzakciós (Sameroff and Chandler, 1975) és interakciós (Bronfenbrenner and Ceci, 1994) folyamatokat előtérbe helyező modellek rámutattak, egy fejlődési eredmény egyszerre több közvetlen és közvetett, moderáló változó hatására reflektálva manifesztálódik. Ennek következtében az 1980-as évektől megjelent longitudinális kutatások már a kockázati tényezők *kumulatív* (összeadódó) és *halmozódó* hatását vizsgálták. Egy ilyen magyarázó modellben például az anyai mentális problémák többnyire nem önmagukban állnak, hanem egymásba ágyazódó tényezők (például alacsony családi jövedelem és alacsony szülői iskolai végzettség, kaotikus családi viszonyok és zavaros vagy fenyegető környék) egyik elemeként. Amennyiben ezek a tényezők együtt járnak, hatásuk többszöröződik, és a gyermeki fejlődési kimenetek kedvezőtlenebb prognózisúak lesznek, mintha csak önmagukban hatnának (Sameroff et al., 1987). Például Sameroff és munkatársai (Sameroff and Seifer, 1983) a *Rochester Longitudinal Study*-ban igazolták, hogy legalább három-négy kedvezőtlen körülmény együttes előfordulása sokkal jobban valószínűsíti a gyermek intellektuális színvonalának csökkenését, mintha csak egy vagy két kockázati tényező lenne jelen a gyermek életében.

A kockázati tényezők jelenléte és halmozódása hosszú távon befolyásolja a felnövekvő gyermek jóllétét, az iskolai, majd munkahelyi teljesítményét, végső soron pedig az egészségi állapotát és a szociális kapcsolatait. A kockázati becslések ellenére ugyanakkor a nehéz körülmények nem determináló hatásúak a felnőtté válás folyamatában, mint ahogy erre a tényre a nyolcvanas évektől ismert ún. *rezilienciakutatók* rámutattak (Rutter, 1989, Luthar and Zelazo, 2003, Masten, 2007). A gyermek egyéni és társas *védőfaktorai* képesek módosítani vagy megakadályozni, hogy a nehéz szociális és/vagy környezeti tényezők hatására a gyermek felnövekedése maladaptív irányba fejlődjön.

A protektív tényezők egyéni, családi és tágabb társas környezeti szinten moderálják a gyermekkori nehézségek, például a rossz bánásmód következményeit. A fejlődés védőmechanizmusait vizsgáló tanulmányok a reziliencia tradicionális gondolkodásmódja szerint értékelik a gyermek fejlődését, vagyis a „*jobb kimenet, mint a fennálló körülményekhez mérten várhatnánk*” logika szerint értelmezik az eredményeket. Miközben azonosítják a védőmechanizmusok

három forrását: a gyermek tulajdonságait (személyes erőforrásait, úgy mint temperamentum, tanulási képességek, önértékelés, adaptív készségek), a családi jellemzőket (kötődés, szülői bánásmód, szülő-gyermek kapcsolat) és a szociális környezetet (óvoda, iskola, szomszédság, barátok). Jó példa a reziliens fejlődés tanulmányozására a svéd születési kohorszvizsgálat (Agnafors et al., 2017), ahol összetett statisztikai módszer segítségével vizsgálják a kockázati tényezők és a reziliencia közötti összefüggéseket. A modell a gyermekek születésétől a serdülőkorig vizsgálja a kockázati tényezők (anyai depresszió, traumatikus életesemények, pszichoszociális kockázati tényezők) és a feltételezett rezilienciafaktorok (genetikai adottság, temperamentum, szociális funkcionálás és anyai koherenciaérzés) interakcióját. Az eredmények alátámasztják, hogy a hároméves korban rendelkezésre álló rezilienciaforrások meghatározzák a preadoleszcens korban mérhető fejlődési kimenetet. Továbbá az egyéni és a családi protektív erőforrások interakciója együtt alakítja a gyermek pszichés egészségét. A rossz bánásmód és a reziliens kimenet közötti kapcsolatot elemző szisztematikus metatanulmány (Meng et al., 2018) 85 korábban publikált hossz- és keresztmetszeti vizsgálat eredményeit felhasználva úgy összegez, hogy a reziliens jellemzők jelenléte jobb életkilátást eredményez, csökkenti a pszichopatológiai állapot megjelenésének kockázatát, a traumatizáció valószínűségét, növeli az észlelt pszichológiai jóllét szintjét és az adaptív készségek fejlődését.

A rezilienciaforrások hatása ugyanakkor nem minden feltétel mellett egyforma. A reziliencia cél- és kontextusfüggő működéséről azok a kutatások nyújtanak még részletgazdagabb információkat, amelyek valamely globális rizikótényező egyes aspektusait szeparáltan vizsgálják. A rossz bánásmód különböző típusainak – fizikai vagy szexuális bántalmazás, érzelmi bántalmazás/elhanyagolás – hatásaival szembeni rezilienciát vizsgálta egy az ALSPAC adataira épülő friss kutatás (Khambati et al., 2018). Eredményeik azt látszanak igazolni, hogy a kora gyermekkori érzelmi és fizikai elhanyagolás hatását hasonló faktorok, de más erővel és más irányban befolyásolják. Az érzelmi elhanyagolásnak a serdülőkori mentális jóllétre, önértékelésre és iskolai teljesítményre való negatív hatásával szemben a 6 és 9 éves kor között mutatott magasabb intelligencia, jobb kommunikációs készségek, erősebb belső kontroll, az iskolán kívüli aktivitásokban való intenzívebb részvétel és az iskolához kapcsolódó elégedettségérzés protektív faktorként hat. A fizikai bántalmazás esetében ugyanezen protektív tényezők bizonyultak valamelyest hatékonyak, de kizárólag az iskolai teljesítmény tekintetében, tehát a fizikai bántalmazásnak a mentális jóllétre és az önértékelésre kifejtett romboló hatása tekintetében nem találtak protektív tényezőt. Mindebből arra következtethetünk, hogy ha már serdülőkori kimenetet vizsgálunk, akkor a korai, gyermeki és családi tényezők interakciója mel-

lett egyre nagyobb hangsúlyt kapnak a gyermek és intézményi környezete (iskola és szolgáltatások) közötti interakciók a reziliencia alakulásában. Ungar (2015) felveti annak lehetőségét is, hogy minél jelentősebb a társadalmi hátrány, annál inkább megnő a környezeti, például az intézményi faktorok szerepe a protektív tényezők körében. A kutatás ugyanakkor két további megfontolásra is felhívja a figyelmet. Egyrészt a pszichológiai fejlődés szempontjából nem beszélhetünk általános, csak kimenet- és kontextusfüggő rezilienciaforrásokról. Hiszen a rossz bánásmód eltérő típusainak hatását más tényezők és más kimenetre hatva moderálják. Másrészt, mivel a korábbi eredményeket (például DuMont et al., 2007) megerősítve itt is azt találták, hogy a bántalmazással, elhanyagolással szemben reziliens gyermekek aránya megközelítőleg ugyanakkora, mint az elvárható maladaptív kimenetet mutató gyermekek aránya, így a longitudinális prospektív vizsgálatokban ugyanolyan módon érvényes a sérülékenységi és a rizikótényezők vizsgálata, mint a pszichés ellenállóképesség (reziliencia) és a stresszorokkal szembeni védettség vizsgálata.

A SZÜLETÉSI KOHORSZKUTATÁSOK KIEMELT KUTATÁSI KÉRDÉSEI

A társadalmi tényezők hatása – szegénység, szocioökonómiai státusz, etnikum

A fejlődéstudományok szociális irányultságú megközelítése szerint a gyermek és családja része a mindenkor kulturális, társadalmi, történelmi rendszernek, minek következtében az adott társadalmi és kulturális csoporthoz való tartozás, valamint az arról való társadalmi közgondolkodás, attitűdök, normák hatással vannak a család és a gyermek életére. A születési kohorszkutatások már a kezdetektől jelentős erőfeszítéseket tettek, hogy feltárják, milyen kockázati szerepet töltenek be a tágabb makrotársadalmi tényezők, úgy mint a család társadalmi és gazdasági helyzete, a kisebbségi etnikumhoz vagy szubkultúrához való tartozás a gyermek testi és lelki fejlődésében. Már az első brit születési kohorszkutatás (NCDS) is figyelmet fordított a társadalmi státusz és az egészségügyi állapot, a viselkedésben megmutatkozó problémák, valamint az iskolai eredményesség közötti kapcsolatra. Az eredmények rámutattak, hogy a szülők alacsony szocioökonómiai státusza csökkenti a gyermek iskolai teljesítményét és korlátozza hosszú távú továbbtanulási lehetőségeit még akkor is, ha a gyermek jó kognitív képességekkel rendelkezik (Douglas et al., 1968).

Az újabb születési kohorszvizsgálatok törekszenek a társadalmi kockázati tényezőknél (SES, szegénység, etnikum, szubkultúra) a gyermeki fejlődésben betöltött szerepét a közvetítő és a moderáló faktorokkal együtt vizsgálni. Schoon és munkatársai (2002) két, az Egyesült Királyságban végzett, korábban már említett születési kohorszvizsgálat (NCDS, MCS) adatait vizsgálva arra a következtetésre jutottak, hogy a születéskori *társadalmi osztály* és a felnőttkori foglalkozási státusz közti pozitív kapcsolatot nagyrészt a gyermekkori jövedelmi tényezők közvetítik. Miközben arra is rámutatnak, hogy a társadalmi osztály, a kultúra és az etnikum hatását a közvetlen környezeti tényezőkön túl az olyan proximális változók kötik össze a hosszú távú alkalmazkodási nehézségekkel, mint a gyermekek által megélt fiziológiai és pszichológia stressz emelkedett szintje és a korai önszabályozási készségek zavart fejlődése (Evans et al., 2013).

Kisebbségi volumenű, de finomabb elemzést lehetővé tevő követéses vizsgálatok (például Blair et al., 2011) bizonyították, hogy a makrotársadalmi tényezők közvetítő változókon keresztül fejtik ki hatásukat. Például a *súlyos anyagi és lakhatási nehézségek* közvetlen befolyással bírnak a csecsemők és a kisgyermekek stressz-szabályozó rendszerére, ami közvetíti a diszfunkcionális működést, és felelőssé tehető a gyermekek későbbi érzelmi és kognitív szabályozási folyamataiban mutatkozó zavarokért (Blair and Raver, 2016). Hasonló eredményekre jutottak a viselkedési problémák és a szegénység kapcsolatáról az ausztrál kohorszvizsgálatban is (LSAC; Warren, 2017), ahol azt is megállapították, hogy az összefüggést nagyrészt az alacsonyabb szülői befektetés, a rosszabb szülői mentális egészség és a negatív szülői nevelési stílusok közvetítik.

Valószínűsíthető, hogy a hagyományosan kockázati tényezőként számon tartott *makrotársadalmi változóknak* (rassz/etnikum, szociokonómiai státusz, társadalmi osztály) a gyermeki fejlődésre kifejtett hatásai is főként a kumulatív rizikó mentén hatnak. Az *etnikai hovatartozás* kapcsán a GUiNZ első eredményei ezt a feltevést támasztják alá. A kisebbségi maori vagy csendes-óceáni népcsoportokhoz való tartozás Új-Zélandon nem önmagában jelent fejlődési kockázatot, hanem azon társas-társadalmi és közvetlen környezeti tényezők mentén (például túlsúlyos otthonok, elszigetelt vidék, az anya alacsony iskolai végzettsége), amelyek a kisebbségi lét járulékos jellemzői (Morton et al., 2014). Az új-zélandi kohorszkutatás (GUINZ; Morton et al., 2015) erre utaló eredményei szerint a közepes szintű családi és gazdasági-társadalmi rizikót meg tapasztaló gyerekek kétszer nagyobb eséllyel mutattak korai viselkedési problémákra utaló jeleket, mint az alacsony rizikójú csoport. A magas rizikójú csoportban ugyanakkor a hétszeresére nőtt az esélye annak, hogy kétévesen a gyerekek súlyosabb viselkedési alkalmazkodási nehézségeket mutassanak. A fejlődési

kockázatot valószínűsítő tényezők fennállásának időbeli stabilitása is alakítja a gyermek fejlődési pályáját. Az időben hosszan fennmaradó magas kockázat sérülékennyé teszi a gyermeket, és növeli a későbbi viselkedési problémák előfordulásának esélyét. Ezzel szemben az idővel növekvő számú vagy rövidebb ideig tartó kockázati tényezőkhez a gyermekek könnyebben adaptálódnak.

A társadalmi tényezők hatása – intézményes nevelés

Az intézményes nevelés mint környezeti tényező sajátos, kettős szerepet tölt be a fejlődés alakításában. Ha a hatásait tanulmányozzuk, iskolapéldájává válik azoknak a változóknak, amelyeknek protektív vagy rizikótényezőként betöltött szerepe nem egyértelműen meghatározható. Hiszen csecsemő- és kisgyermekkorban kockázati tényezőként is tekinthető az anyától való korai szeparáció, az alacsonyabb gondozói válaszkészség és támogatás (Dowsett et al., 2008) és a kortárcsoportokban átélt magasabb stressz (Vermeer and van IJzendoorn, 2006) okán. Ugyanakkor – főleg a formális oktatást megelőző években és a társadalmilag deprivált környezetben – lehetőséget adhat fejlődési lemaradások ledolgozására, ilyen értelemben védőfaktorként is működhet.

Az angolszász területeken, ahol az anyák többsége a gyermek életének első éveiben visszatér a munkába, és a kisgyermekkorú intézményes ellátás jóval diverzebb, mint hazánkban, az élet első négy évében megélt gondozási és nevelési tapasztalatoknak az iskolai teljesítményre kifejtett hatása intenzíven vizsgált téma. Két születési kohorszvizsgálat – az Egyesült Államokban (ECLS-B) és Ausztráliában (LSAC-B) – adatait elemző vizsgálatok (Coley et al., 2015; Coley et al., 2016) arra az eredményre jutottak, hogy a 3–5 éves kor közötti intézményes nevelés, legyen az akár családi bölcsőde vagy intézményi bölcsőde rendszerű, teljes napos vagy részleges ellátás, összességében csekély mértékben, de fejlesztő hatással bír a gyermekek ötéves korban mért tanulási készségeire (korai számolás, az írás-olvasás képessége). Ugyanakkor ha a korai formális intézményi ellátást vetették össze a rokonok vagy a gyermekgondozók általi otthoni ellátással, az előbbi jobban előmozdította a kognitív készségek fejlődését, mint az utóbbi. Ugyanis azok, akik kora és kisgyermekkorban formális bölcsődei, óvodai ellátásban vettek részt, jobb iskolai teljesítményt (jobb nyelvi és olvasási készségeket) mutattak a nem formális gondoskodásban részesülőkhöz képest. Ugyanakkor érdekes megfigyelés, hogy a gyermekek agresszív, diszruptív viselkedése és a tanulást akadályozó viselkedési problémák (figyelmetlenség, a kitalálás hiánya a feladatmegoldásban) szintén pozitív módon kapcsolódott az

intézményes ellátáshoz. Ez a hatás annál fokozottabb volt, minél korábban kezdte a bölcsődét a gyermek és minél több időt töltött az intézményben egy nap (Coley et al., 2013). Összességében elmondható, hogy a csecsemőkori és a kisgyerekkori nem szülői gondoskodás időzítésének, típusának és mértékének változó additív módon hatva fejtik ki hatásukat a gyermekek sikeres viselkedéses alkalmazkodására és a korai kognitív teljesítményükre. Mindezek mellett megjegyzendő, hogy az intézményválasztást a család anyagi, társadalmi helyzete is befolyásolja, így ezek a háttértényezők is módosítják az intézményes gondoskodás és nevelés hatását.

A családi tényezők hatása – a családi struktúra és a családi stabilitás

A családi atmoszféra és a családi struktúra szerepe ma már vitathatatlan a gyermek érzelmi és társas fejlődését illetően. Számos longitudinális kutatás igazolta a családi stabilitás, a családi struktúra, valamint a házastársi kapcsolat szerepét a gyermekek fejlődési pályájának alakulásában (Lacey et al., 2014, összefoglaló: Hadfield et al., 2018). Az elmúlt évtizedekben a családi intézményrendszerben bekövetkező változások követése és hatásának feltérképezése komoly kihívást jelentett a longitudinális kutatások számára. A kutatási kérdések közül kiemelkedik a házastársi kapcsolat (házasságban vagy élettársi kapcsolatban élő, gyermeket egyedül nevelő szülők) és a családban bekövetkező változások (strukturális: válás, mozaikcsalád, és a változás bekövetkezésének ideje) következményeinek megismerése. McLanahan és Sandefur (1994) klasszikus tanulmányukban először foglalták össze az amerikai nemzeti longitudinális felmérések eredményeit a modern családi változások tükrében, kiemelve a szülők közötti *kapcsolat* és a *családi struktúra jellegét*. Eszerint azokra a gyermekekre, akik kétszülős családban születnek, kevésbé jellemző az iskolai kimaradás, a serdülőkori terhesség és a fiatal felnőttkori munkanélküliség, mint az egyszülős háztartásban felnövőkre. Ugyanakkor arra is rámutattak, hogy a kétszülős családi modell önmagában még nem jelent automatikus védettséget, hiszen a házassági együttélés alternatívájaként ismert élettársi kapcsolat az együtt élő két szülő ellenére rizikónak számít. Jelentőségét mi sem mutatja jobban, mint hogy a szakirodalomban külön kifejezéssel illetik, *törékeny család* (*fragile family*) néven, ami arra utal, hogy az ilyen családban a gyermekek nagyobb valószínűséggel szembesülnek családi instabilitással, kevesebb szülői erőforrással és emelkedett stresszszinttel, összehasonlítva a házastársi kapcsolatban élő szülők gyermekeivel (Kalil and

Ryan, 2010). Ezt támasztja alá a legújabb brit kohorsz kutatás (MCS) is (Fomby, 2011), amely szerint a stabil házassági kapcsolatban élő párok gyermekeinél alacsonyabb a kockázata a fejlődési nehézségek kialakulásának, például kevesebb externalizáló és internalizáló viselkedési probléma figyelhető meg öt éves korban. Miközben a legjelentősebb gondok olyan családokban jelentkeznek, ahol bár a szülők elváltak, mégis egy háztartásban élnek, illetve a gyermeküket egyedül nevelő nők esetében. Ezeknél a gyermekeknél háromszor nagyobb a valószínűsége a viselkedési problémák kialakulásának, mint azokban a családokban, ahol a szülők házasságban élnek. Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy a gyermeküket egyedül nevelő nők esetében, ha figyelembe vesszük a család jövedelmét és az anya pszichés állapotát (például depresszív tünetek), akkor önmagában a családi állapot hatása lecsökken, ami arra utal, hogy nem kizárólag az *egyszülős nevelés* a kockázati tényező, hanem az azzal járó nehézségek. Általában elmondható, hogy a gyermeküket az édesapával nevelő nők jobb mentális egészségnek örvendenek, mint az egyedülálló anyák, akik számos nehézséggel küzdenek meg társas támasz nélkül, ezért nagyobb valószínűséggel élnek pszichés problémákkal (depresszió, szorongás), aminek következtében a szülői bevonódásuk is korlátozottabb lehet, és ez hosszú távon meghatározhatja a gyermek pszichológiai és érzelmi jóllétét.

A viselkedéses és alkalmazkodási zavarok kialakulásának másik kiemelt kockázati tényezője a családi struktúrában bekövetkező változás és a családi stabilitás hiánya, ami fokozottan jellemző az elvált és az új partnerükkel újraházasodó szülők családjaira. A *családi stabilitás* jelentős mértékben járul hozzá a gyermek és szülei testi és lelki jóllétéhez, ezért protektív tényezőként tartjuk számon. Miközben a stabilitás hosszú távú hiánya veszélyezteti a gyermek pszichológiai és társas funkcionálását, növeli a negatív fejlődési kimenetek megjelenésének valószínűségét a társas-érzelmi fejlődés területén (Lee and McLanahan, 2015), az iskolai teljesítményben és a kognitív képességekben (Sun and Li, 2014), valamint a fizikai egészségi állapotban (Bzostek and Beck, 2011). Az instabilitás közvetítő mechanizmusaként, hasonlóan, mint a hátrányos társadalmi-gazdasági helyzet esetén, a családban megjelenő emelkedett stresszállapotot nevezi meg a legtöbb magyarázó elmélet (*társas stressz elmélet*, George, 1993, Osborne and McLanahan, 2007, összefoglaló tanulmány: Hadfield et al., 2018). A családi struktúrában bekövetkező változás már önmagában stresszkeltő tényező, miközben további nehezen kezelhető következményekkel is együtt járhat, ami a családi életben bekövetkezett bizonytalanság negatív hatását tovább fokozza (Fomby and Cherlin, 2007). A családi átmeneti állapot gyakori járulékos következménye az anyagi források, a szülői érzelmi erőforrások és a gyermekekkel töltött idő csök-

kenése (Osborne and McLanahan, 2007), a lakhatás bizonytalansága, valamint a változás a társas kapcsolatokban (például kevesebb társas támasz). A negatív következmények halmozódása az alacsony jövedelmű, kisebbségi népcsoport-hoz tartozó családokban még fokozottabb, ugyanis nekik már a családi változás előtt is jelentős szociális és gazdasági hátránnyal kellett megküzdeniük (Brown et al., 2016). Ugyanakkor fontos megjegyezni, hogy nem minden tanulmány talált egyértelmű kapcsolatot a családi változás és a gyermeki fejlődés között (Hadfield et al., 2018, szisztematikus metaelemzés). Ennek feltehetően az az oka, hogy bár a családi változás mindig stresszel teli esemény a gyermek életében, a tanulmányok kevés figyelmet fordítanak a protektív tényezők jelenlétére, melyek támogathatják az átmenettel való megküzdést és hosszú távon megalapozzák a személyiség pszichés ellenállóképességének fejlődését.

A családi tényezők hatása – párkapcsolati elégedettség és konfliktusok

A szülők közötti kapcsolat minősége és a kapcsolattal való elégedettség mértéke kiemelt közvetítő szerepet tölt be, amikor a családi háttérváltozók hatását vizsgáljuk a gyermeki fejlődéssel összefüggésben. Amikor önmagában a párkapcsolati elégedettségre kérdezzük rá önbeszámolós kérdőívben, gyakran más, a családot érő stresszor hatását vagy az egyén személyiségét tükröző válaszokat kapunk (például depressziós állapotban az egyének negatívabban látják a kapcsolataikat). Ennek a mérése mégis fontos mérőszáma lehet annak, hogy a párkapcsolat mennyire elégíti ki a partnerek érzelmi, szexuális igényeit, mennyire biztosít stabil hátteret. Emellett azonban többen (például Katz and Gottman, 1993) rámutatnak arra, hogy a kapcsolati konfliktusok gyakorisága és megoldási módja jobb viselkedéses mutatója annak, hogy milyen érzelmi légkör jellemző a szülőpárra.

Azok a szülők, akik támogatónak és örömtelinek élik meg a partnerükkel folytatott kapcsolatot, érzelmileg jobban elérhetőek gyermekeik számára, és válasz-készebbek a gyermek érzelmi igényeivel szemben (Erel and Burman, 1995). A szülők párkapcsolattal való elégedettsége és mentális egészségük egymással kölcsönhatásban járulnak hozzá a gyermek mentális jóllétéhez. Pontosabban a szülők párkapcsolati elégedettsége és házastársi konfliktusa közvetítő a szülő mentális egészsége (például depresszió várandósság alatt vagy a gyermek születését követően) és a gyermek kimeneti változói között például viselkedéses és érzelmi zavarok esetében (ALSPAC; Hanington et al., 2011), miközben a

párkapcsolati konfliktusok gyakorisága emeli a gyermek viselkedéses, érzelmi és kognitív problémáinak valószínűségét (Cummings and Davies, 1994). Másrészt a tartós, destruktív szülői konfliktusok közvetlenül veszélyeztetik a gyermek érzelmi biztonságérzetét, minek következtében hatással lehetnek a gyermek pszichés jóllétére (Cummings and Davies, 2002). Mivel feltehetően a szülők közti mindennapi viselkedés az, ami közvetlenül meg tapasztalható a gyermek számára, így nem véletlen, hogy ez mutatja a legszorosabb kapcsolatot a gyermek mentális jóllétével és viselkedéses problémáival. Azokban a családokban, ahol a nézeteltéréseket nyílt, de nem túl heves negatív affektusok kíséretében élik meg és rendezik, a partnerek boldogabbnak érzik magukat, és ez megfelelőbb gondozói háttérrel nyújt. Ugyanakkor az inadaptív konfliktusmegoldási módok kapcsolatot mutatnak a gyermekek későbbi életkorában tetten érhető viselkedéses zavarai. Például a szülők közti ellenségeség együtt jár a gyermek három évvel később mutatott agresszív, diszruptív viselkedésével (Davies et al., 2016).

Az anyai pszichés egészség hatása

A longitudinális kutatások jelentős része foglalkozik azzal a kérdéssel, hogy milyen hatással van az *anya pszichés egészségi állapota* a gyermek hosszú távú fejlődésére. Stresszel összefüggő pszichés problémák a várandósság alatt vagy a szülést követően nagyon gyakoriak (az anyák 25%-nál fordul elő), és leggyakrabban depresszió és szorongás formájában manifesztálódnak (Kingston et al., 2012). Az anyai prenatális és posztpartum pszichés egészségromlás közvetlen következményei jól ismertek, növelik az újszülött és csecsemőkorai egészségügyi problémák kockázatát (Hobel et al., 2008). A mentális egészség zavarai (szorongás, depresszió) még abban az esetben is, ha a tünetek súlyossága nem éri el a klinikai diagnózishoz elégséges szintet, komolyan ronthatják a szülői funkcionálást (Korten and Henderson, 2000). A fokozott pszichológia distressz befolyásolja, hogy a szülő mennyire hatékonyan látja el feladatait és milyen mértékben képes érzelmileg elérhető, válaszkész módon reagálni gyermekére. Mindez pedig hozzájárul ahhoz, hogy a gyermek miként teljesíti a fejlődési kihívásokat, mutat-e problémákat a kognitív és társas-érzelmi fejlődés területén. Ennek következtében az anyai pszichés zavarok intenzitása szervesen kapcsolódik a gyermekek érzelmi jóllétéhez, társas kapcsolati nehézségeihez és kognitív készségeik fejlettségéhez (Marryat and Martin, 2010, Prady et al., 2016). Ezt az összefüggést

támasztotta alá az ALSPAC születési kohorszvizsgálat eredménye is, mely szerint a kisgyermekkori érzelmi-viselkedési problémák 10–15%-át az anyai depresszió és szorongás magyarázza (Glover, 2014). További hosszmetzeti vizsgálatok eredményei rámutattak, hogy a krónikus posztpartum depresszióval együtt élő anyák gyermekeinél gyakoribb az érzelmi-viselkedési nehézségek előfordulása gyermekkorban (Giallo et al., 2015). A depresszió mellett a várandósság idején és a szülést követően fellépő anyai krónikus szorongás befolyásolhatja a magzat és a kisgyermek fejlődését (Monk et al., 2012), megnövekszik a valószínűsége a sérülékenyebb pszichés működésnek és a gyermekkorai viselkedési problémák megjelenésének.

Az anyai pszichés nehézségek a gyermek társas-érzelmi fejlődése mellett kognitív kompetenciája alakulására is hatással vannak (Gale et al., 2012). Több nagyobb utánkövetéses módszertant alkalmazó vizsgálat bizonyította, hogy az anyák a prenatális, illetve a posztnatális időszakban átélt, klinikai mértéket elérő lelki eredetű problémái (depresszió, szorongás) összefüggenek gyermekük fejlődési lemaradásával és gyengébb kognitív teljesítményével (Cornish et al., 2005, Brouwers et al., 2001). Ezzel együtt az anyák pszichés tünetei és a kognitív fejlődés közötti közvetlen kapcsolatot tanulmányozó vizsgálatok eredményei több *ellentmondásra is* rámutatnak. Az anyai distressz állapot nem minden esetben jár együtt kedvezőtlen kognitív fejlődési kimenettel (DiPietro et al., 2006). Például nem találtak kapcsolatot az anya posztpartum depressziója és a gyermek kognitív kompetenciáinak fejlettsége között (Sutter-Dallay et al., 2011). Az ilyen ellentmondásos eredmények felvetik azt a lehetőséget, hogy az elemzések nem veszik figyelembe az olyan protektív tényezőket, amelyek moderálják a hatást és a kognitív fejlődést pozitív irányba terelik (Kingston et al., 2015). Másrészt megfontolandó az a felvetés, hogy az anyai distressz és a kognitív fejlődés közötti kapcsolat bár létezik, ugyanakkor nem lineáris (DiPietro et al., 2006). A várandósság alatti és a szülést követő időszakban megélt enyhe fokú szorongás támogatja a gyermek idegrendszeri fejlődését, összehasonlítva a szorongás teljes hiányával, illetve extrém magas szintjével.

A kognitív fejlődést befolyásoló anyai hatásokat illetően még számos nyitott kérdés vár megválaszolásra. A hosszmetzeti kohorszvizsgálatok segíthetnek megérteni, hogy az anyai pszichés problémák mértéke és időbeli paraméterei (például a várandósság mely időszakában áll fenn a depresszió vagy a szorongás) mutatnak-e specifikus hatást a kognitív fejlődés különböző területeire. Másrészt nyitott kérdés, hogy ezek az anyai pszichés hatások milyen közvetítő mechanizmusokon keresztül befolyásolják a gyermek megismerő funkcióinak alakulását.

A szülő és a gyermek közötti kapcsolat hatása

A születési kohorszvizsgálatok a családi, a párkapcsolati és az anyai jellemzők vizsgálatán túlmenően célul tűzték ki a gondozó-gyermek közötti kapcsolat megismerését is (összefoglaló tanulmány Belsky and Jaffee, 2015). A gondozó-gyermek közötti kapcsolat sajátosságait számtalan megközelítésből vizsgálhatjuk a gyermek életkorától függően. Csecsemőkorban többnyire a válaszkészséget, a törődés és az elhanyagolás vagy a rossz bánásmód hatását kutatják, kisgyermekkorban az anyai melegség és hosztilitás a kérdés; későbbi gyermekkorban a gyermeki viselkedés szülői kontrollja, a nevelési attitűdök és a tevékenységekbe (például iskolai aktivitásba) való bevonódás mértéke kerül középpontba; serdülőkorban az autonómia támogatása számít kiemelt változónak. A szakirodalom általában pozitív és negatív szülői stratégiákról beszél, annak fényében, hogy alkalmazásuk jobb vagy rosszabb prognózisú fejlődési kimenetekhez vezet-e (Rajyaguru et al., 2019). Pozitív szülői gondozás alatt érzékeny, válaszkész és érzelmileg meleg viszonyulást értenek, amelynek az adaptív fejlődésben betöltött szerepe empirikusan alátámasztott (Bornstein and Manian, 2013). A negatív szülői gondozás rendszerint szigorú, büntető viszonyulást, ellenséges érzéseket és fokozott pszichológiai kontrollt, a gyermek érzelmi autonómiájának korlátozását foglalja magában (Morris et al., 2002).

A *szülői kontroll*, a gyermeki viselkedés szabályozása klasszikus téma a fejlődéslélektanban, hiszen az optimális fejlődéshez a szülőnek jól kommunikált, következetes és biztonságot nyújtó kereteket kell teremtenie és fenntartania. A kontroll átfogó fogalmát Barber (1996) javaslatát követve fel szokták osztani pszichológiai és viselkedéses kontrollra. Ennek hátterében az áll, hogy a kétféle kontroll más módon jelenik meg a szülői viselkedésben, és túlzó alkalmazásuk eltérő fejlődési utakhoz vezet. Pszichológiai kontroll alatt rendszerint olyan, a gyermek pszichológiai és érzelmi folyamataiba túlzóan beavatkozó szülői viselkedéseket értenek, mint a gyermek lekicsinyléssel, érzelmeinek vagy szándékainak érvénytelenítésével, szeretetmegvonással és büntudat vagy szégyen keltésével való korlátozása. A kohorszkutatásokban a túlzottan intruzív, szeretetmegvonásos büntetéssel vagy érzelmi manipulációval élő szülői viselkedés sorolható a pszichológiai kontroll fogalomkörébe. A viselkedéses kontroll mindezzel szemben a szülői ellenőrzésre, felügyeletre és a következetesen elvárt és betartott/betartatott viselkedési korlátokra vonatkozik. Míg a pszichológiai kontroll túlzott alkalmazása a személyes hatékonyság és a pozitív énkép fenyegetése mentén a mentális problémák előfordulásával jár együtt, addig a viselkedéses kontroll a szelfszabályozás támogatásán keresz-

tül csökkenti a diszruptív, antiszociális viselkedési problémák előfordulását (Barber et al., 2005).

A kohorszvizsgálatok módot adnak arra, hogy a szülői fegyelmezési módok hosszú távú hatásait és az azokra ható tágabb környezeti tényezőket felfedjük. A család szocioökonómiai háttere jól bizonyított kapcsolatot mutat a szülői fegyelmezési és kontrollviselkedésekkel (Hoff et al., 2002). Az alacsonyabb SES családokban például több a közvetlenül a viselkedés irányítására vonatkozó verbális interakció az anya és a gyermek között (Hoff-Ginsberg, 1998), valamint gyakoribb a fizikai büntetés is (Straus and Stewart, 1999). A születési kohorszvizsgálatok ezeket az evidenciákat képesek megerősíteni vagy cáfolni robosztus mintákon. Jones (2010) és a Kiernan–Huerta szerzőpáros (2008) az előbbieken felvázolt mintázatot találták az MCS-ben angol családoknál: a fizikai büntetés, a manipulatív irányítás, a gyermek fizikai korlátozásának és megbélyegzésének gyakorisága, tehát a fokozottab pszichológiai és viselkedéses kontroll megjelenése egyaránt fordított arányban áll a család szegénységével és gazdasági depriváltságával.

A *negatív fegyelmezési stratégiák* hosszú távú hatásairól több kohorszalapú kutatásból tájékozódhatunk. Egy az MCS adataira alapozó kutatás (Rajyaguru et al., 2019) a kora gyermekkori aktív (fizikai büntetés, szidás) és szeretetmegvonásra építő (kizárás, beígért jutalom megvonása, figyelmen kívül hagyás) fegyelmezési módok viselkedéses problémákra kifejtett jelen idejű és prospektív hatását vizsgálta. Az eredmények alapján arra következtethetünk, hogy az aktív büntetés egyik oldalról csökkenti a magatartásproblémák előfordulásának gyakoriságát, másik oldalról viszont növeli az érzelmi problémák előfordulását és csökkenti a proszociális viselkedés előfordulásának esélyét. Egy másik, az LSAC adatait elemző vizsgálat (Bayer et al., 2011) szintén a gyermekkori mentális egészségre ható rizikó-, illetve protektív tényezőként vizsgálta az egyes szülői viszonyulási módokat és viselkedéseket a gyerekek 1–9 éves kora közötti intervallumban. A durva fizikai büntetés, a túlvédő (intruzív) anyai viselkedés és a szülői érvelő és következetes fegyelmezés hosszú távú hatásait vették górcső alá. Összességében a szülői nevelési, viszonyulási módok közül a durva fizikai büntetés minden életkori hullámban jelentős erővel jelezte előre a gyermekkori magatartási és érzelmi zavarok előfordulását, míg a túlvédő (intruzív) anyai viszonyulási mód az érzelmi zavarokkal mutatott kapcsolatot, de csak kora gyermekkori korban. Ezek az eredmények azt ígérik, hogy pontosabban tudjuk azonosítani a gyermekkori mentális zavarok kialakulására ható szülői viszonyulásokat. Ugyanakkor nem szabad figyelmen kívül hagyni, főleg a keresztmetszeti elemzéseknél, hogy a gyermek viselkedési vagy érzelmi problémája alakítja a szülő viszonyulását

is (például egy szorongó, lehangolt gyermek túlvédő viselkedést vált ki a gondozóból), így az oksági következtetéseket megfontoltan érdemes átgondolni.

A gondozó gyermek iránti érzelmi elköteleződése már a várandósság idején bontakozni kezd azzal, ahogy bevonódik a magzattal való kommunikációba, a gyermek személyiségének és jövőjének elképzelésébe. Ezt a jelenséget az *anya magzat iránti kötődésének* (Condon, 1993) nevezzük, és összefoglaló tanulmányok sora mutat rá, hogy minősége kapcsolatban áll a korai fejlődéssel (Branjerdporn et al., 2017) és a gondozó-gyermek közti kapcsolat születés utáni alakulásával (Müller, 1996). Ugyanakkor a nagy volumenű születési kohorszvizsgálatok ritkán alkalmaznak prenatális adatfelvételi hullámot, és ebbe még ritkábban vonják be az anya magzat iránti kötődésének változóját. Így inkább kisebb volumenű és rövidebb időtávot átfogó prospektív longitudinális kutatások igazolják a feltételezett pozitív kapcsolatot az anya-magzat kötődés és a születés utáni anyai kötődés között (például Rossen et al., 2016).

A csecsemőkori gondozó-gyermek kapcsolat minőségének hosszú távú hatásaiba azonban már több kohorszvizsgálat betekintést ad, és a szülő-gyermek kapcsolat jellemzőiről is mint az adaptív fejlődést előmozdító vagy hátráltató tényezőkről gondolkodnak. Az ausztrál vizsgálatra (LSAC) épülő egyik kutatásban (Zimmer-Gembeck and Thomas, 2010) a csecsemőkori *anyai melegség és hosztilitás* mutatott kapcsolatot a kisgyermekkorai társas-érzelmi kompetenciákkal és viselkedéses problémákkal: a hosztilitás elsősorban a viselkedéses problémák esélyét növelte, a melegség pedig a társas problémák megjelenésének előfordulását csökkentette. A vizsgálatban az anyai melegség és hosztilitás az anyai pszichés állapot és a gyermek alkalmazkodási képessége közti közvetítő tényezőként volt jelen (anyai depresszió > hosztilitás > gyermeki viselkedési problémák; anyai én-hatékonyság > melegség > kevesebb társas probléma). Így ezek az eredmények arra is rávilágítanak, hogy az anyai mentális állapot mint személyes jellemző összefonódik az anya-gyermek kapcsolat minőségével és a párkapcsolati működések hatásaival. Egy másik, az LSAC adatokra épülő tanulmány (Cooklin et al., 2013) az adaptív fejlődést hátráltató anyai viszonyulási mód (a gyermek csecsemőkorában mutatott fokozott anyai szeparációs szorongás) és a 2-3 éves korban mért társas és érzelmi problémák kapcsolatát tudta kimutatni úgy, hogy mediáló tényezőként a kisgyermekkorai túlvédő, korlátozó szülői viszonyulást azonosították. Fejlődéslélektani nézőpontból ez az eredmény azért is informatív, mert egy csecsemőkori és egy kisgyermekkorai maladaptív anyai viszonyulási mód feltételezett folytonosságát erősíti meg.

A kutatások másik része – kihasználva a kohorszvizsgálatok széles körű környezeti változókhoz való hozzáféréseinek lehetőségét – arra keresi a választ,

hogyan a pozitív szülői gondoskodás mint védőfaktor hogyan lép interakcióba az adaptív fejlődést veszélyeztető vagy hátráltató társas-társadalmi tényezőkkel. A brit MCS adatait elmezve Flouri és munkatársai (2015) azt találták, hogy a szülő-gyermek közti érzelmi melegség és *a szülő gyermeki tevékenységeibe való bevonódása* bizonyos mértékig képes moderálni a szocioökonómiai hátrányok és a negatív életesemények viselkedéses problémákat növelő hatását. A szülői melegség és válaszkészség tehát valószínűleg a rizikótényezőkkel szembeni érzelmi és viselkedéses rezilienciához járul hozzá. Mindeközben újabb eredmények rámutatnak, hogy a pozitív szülői gondoskodás (melegség, bevonódás) nem mindig váltja ki az elvárt hatást, például sokszor nem tudja ellensúlyozni a társadalmi hátrányok negatív következményét. Például az MCS adatait elemezve Hartas (2015) azt találta, hogy a szülői melegség, a szülői fegyelmezési mód és az otthoni tanulási környezet nem járul hozzá annak előrejelzéséhez, hogy milyen a gyerekek első osztály végén mutatott iskolai eredménye. A korai iskolai eredményeket jóval erősebben jelzik előre a család jövedelmi viszonyai és az anya iskolai végzettsége, mint a szülők otthoni aktivitása és a gyermekhez való érzelmi viszonyulása.

ÖSSZEFOGLALÁS

A születési kohorszvizsgálatok olyan magas ökológiai validitású fejlődési modelleket alapoznak meg, amelyek segítségével megismerhetjük, miként bontakozik ki és hogyan változik a gyermek veleszületett adottsága az életkörülmények, a családi és a társas kapcsolatok együttes hatására. A gyermek várható fejlődési kimenetét egyéni jellemzői, a szülői tényezők, a szülők közötti kapcsolat, a gyermek és az anya közötti kapcsolat minősége, valamint a gyermek és családja mikrokörnyezeti és makrokörnyezeti jellemzői együttesen határozzák meg. E tényezők közül a rizikófaktorok jelenléte és halmozódása növeli az esélyét annak, hogy a gyermek kognitív, társas és érzelmi kompetenciái elmaradnak az átlagosan elvárhatótól. A védőfaktorként funkcionáló jellemzők ugyanakkor képesek módosítani vagy megakadályozni, hogy a nehéz szociális és/vagy környezeti tényezők hatására a gyermek felnövekedése maladaptív irányba fejlődjön. Célunk szerint tanulmányunkban bemutattuk azt a gondolkodási keretet, amelyben a fejlődést befolyásoló tényezők egymásra hatásának újtai vizsgálhatók, leírhatók és értelmezhetők, és sikerült láttatni a kurrens vizsgálatok főbb eredményeit egy-egy kiemelt változón keresztül.

Ugyanakkor rá kell mutatnunk, hogy munkánk nyilvánvaló korlátja a pszichológiai kérdések áttekintésének részlegessége. A megvizsgált területek kiválasztásában saját érdeklődési körünk és a Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat tervezése során felmerült kérdések és megoldások vezették a gondolkodásunkat. A tanulmány másik korlátozó körülménye a pszichológiai változók és a fejlődést bármely irányba módosító tényezők lineáris sorba rendezése és bonyolult kapcsolatuk leírása, hiszen ahogy többször is utaltunk rá, ezek a tényezők egymással folyamatos kölcsönhatásban állnak, és egymás moderáló, mediáló tényezőiként is működnek. Így képezik le a fejlődés kontextusát adó kölcsönhatások bonyolult rendszerét, amiből a kutatások mindig csak egy-egy pillanatképet tudnak megragadni.

IRODALOM

- Agnafors, S., Svedin, C. G., Orelund, L., Bladh, M., Comasco, E. and Sydsjö, G. (2017). Biopsychosocial approach to risk and resilience on behavior in children followed from birth to age 12. *Child Psychiatry and Human Development*, 48(4), 584–596.
- Barber, B. K. (1996). Parental psychological control: Revisiting a neglected construct. *Child Development*, 67(6), 3296–3319.
- Barber, B. K., Stolz, H. E., Olsen, J. A., Collins, W. A. and Burchinal, M. (2005). Parental support, psychological control, and behavioral control: Assessing relevance across time, culture, and method. *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 70(4), 1–147.
- Bass L. (2007). *Az esélyegyenlőtlenségek dinamikája. A Budapesti Longitudinális Fejlődésvizsgálat eredményei a gyermekek szocializációjának társadalmi meghatározottságáról*. Gyerekesély Füzetek 2. Budapest: MTA GYEP.
- Bayer, J. K., Ukoumunne, O. C., Lucas, N., Wake, M., Scalzo, K. and Nicholson, J. M. (2011). Risk factors for childhood mental health symptoms: national longitudinal study of Australian children. *Pediatrics*, 128(4), e865–e879.
- Belsky, J. and Jaffee, S. R. (2015). The multiple determinants of parenting. In D. Cicchetti, D. J. Cohen and J. Donald (Eds.), *Developmental psychopathology 2nd edition, Volume three. Risk, disorder, and adaptation* (pp. 38–85). New Jersey: John Wiley & Sons Inc.
- Blair, C., Raver, C. C., Granger, D., Mills-Koonce, R., Hibel, L., & Family Life Project Key Investigators (2011). Allostatic and allostatic load in the context of poverty in early childhood. *Development and psychopathology*, 23(3), 845–857.
- Blair, C. and Raver, C. C. (2016). Poverty, stress, and brain development: New directions for prevention and intervention. *Academic Pediatrics*, 16(3), S30 – S36.
- Blaskó Zs. (2009). Születési kohorsz-vizsgálatok itthon és külföldön – tapasztalatok és tanulságok. *Esély*, (6), 45–75.
- Bornstein, M. H. and Manian, N. (2013). Maternal responsiveness and sensitivity reconsidered: Some is more. *Development and Psychopathology*, 25(4), 957–971.
- Branjerdporn, G., Meredith, P., Strong, J. and Garcia, J. (2017). Associations between maternal-foetal attachment and infant developmental outcomes: A systematic review. *Maternal and Child Health Journal*, 21(3), 540 – 553.
- Bronfenbrenner, U. and Ceci, S. J. (1994). Nature-nurture reconceptualized in developmental perspectives: A bioecological model. *Psychological Review*, 101, 568–586.
- Brouwers, E. P. M., van Baar, A. L. and Pop, V. J. M. (2001). Maternal anxiety during pregnancy and subsequent infant development. *Infant Behavior and Development*, 24(1), 95–106.
- Brown, S. L., Stykes, J. B. and Manning, W. D. (2016). Trends in children's family instability, 1995–2010. *Journal of Marriage and Family*, 78(5), 1173–1183.
- Bzostek, S. H. and Beck, A. N. (2011). Familial instability and young children's physical health. *Social Science & Medicine*, 73(2), 282–292.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E., Miller, P. L. and Koury, A. S. (2013). Timing, extent, and type of child care and children's behavioral functioning in kindergarten. *Developmental Psychology*, 49(10), 1859–1873.

- Coley, R. L., Lombardi, C. M., and Sims, J. (2015). Long-term implications of early education and care programs for Australian children. *Journal of Educational Psychology*, 107(1), 284–299.
- Coley, R. L., Votruba-Drzal, E., Collins, M. and Cook, K. D. (2016). Comparing public, private, and informal preschool programs in a national sample of low-income children. *Early Childhood Research Quarterly*, 36, 91–105.
- Condon, J. T. (1993). The assessment of antenatal emotional attachment: Development of a questionnaire instrument. *British Journal of Medical Psychology*, 66(2), 167–183.
- Cooklin, A. R., Giallo, R., D'Esposito, F., Crawford, S. and Nicholson, J. M. (2013). Postpartum maternal separation anxiety, overprotective parenting, and children's social-emotional well-being: Longitudinal evidence from an Australian cohort. *Journal of Family Psychology*, 27(4), 618–628.
- Cornish, A. M., McMahon, C. A., Ungerer, J. A., Barnett B., Kowalenko, N. and Tennant, C. (2005). Postnatal depression and infant cognitive and motor development in the second postnatal year: The impact of depression chronicity and infant gender. *Infant Behavior and Development*, 28(4), 407–417.
- Cummings, E. M. and Davies, P. (1994). *Children and marital conflict: The impact of family dispute and resolution*. New York: Guilford.
- Cummings, E. M. and Davies, P. (2002). Effects of marital conflict on children: recent advances and emerging themes in process oriented research. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 43(1), 31–63.
- Danis I. és Kalmár M. (2011). A fejlődés természete és modelljei. In Danis I., Farkas M., Herczog M. és Szilvási L. (szerk.), *A génektől a társadalomig: a kora gyermekkori fejlődés színterei* (74–122. o.). Budapest: Nemzeti Család- és Szociálpolitikai Intézet.
- Davies, P., Hentges, R. F., Coe, J. L., Martin, M. J., Sturge-Apple, M. L. and Cummings, E. M. (2016). The multiple faces of interparental conflict: Implications for cascades of children's insecurity and externalizing problems. *Journal of Abnormal Psychology*, 125(5), 664–678.
- DiPietro, J. A., Novak, M. S. F. X., Costigan, K. A., Atella, L. D. and Reusing, S. P. (2006). Maternal psychological distress during pregnancy in relation to child development at age two. *Child Development*, 77(3), 573–587.
- Douglas, J. W. B., Ross, J. M., and Simpson, H. R. (1968). *All our future*. London: Peter Davies Ltd.
- Dowsett, C. J., Huston, A. C., Imes, A. E. and Gennetian, L. (2008). Structural and process features in three types of child care for children from high and low income families. *Early Childhood Research Quarterly*, 23(1), 69–93.
- DuMont, K. A., Widom, C. S. and Czaja, S. J. (2007). Predictors of resilience in abused and neglected children grown-up: The role of individual and neighborhood characteristics. *Child Abuse and Neglect*, 31(3), 255–274.
- Erel, O. and Burman, B. (1995). Interrelatedness of marital relations and parent-child relations: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 118(1), 108–132.
- Evans, G. W., Li, D., and Whipple, S. S. (2013). Cumulative risk and child development. *Psychological Bulletin*, 139(6), 1342–1396.

- Flouri, E., Midouhas, E., Joshi, H. and Tzavidis, N. (2015). Emotional and behavioural resilience to multiple risk exposure in early life: The role of parenting. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 24(7), 745–755.
- Fomby, P. and Cherlin, A. J. (2007). Family instability and child well-being. *American Sociological Review*, 72(2), 181–204.
- Fomby, P. (2011). Family instability and school readiness in the United Kingdom. *Family Science*, 2(3), 171–185.
- Gale, C. R., Cooper, R., Craig, L., Elliott, J., Kuh, D., Richards, M., Starr, J. M., Whalley, L. J. and Deary, I. J. (2012). Cognitive function in childhood and life-time cognitive change in relation to mental wellbeing in four cohorts of older people. *PLoS One*, 7(9), e44860.
- Gárdos É. (1990). *Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata*. Budapest: KSH.
- George, L. (1993). Sociological perspectives on life transitions. *Annual Review of Sociology*, 19(1) 353–373.
- Gerard, J. M. and Buehler, C. (2004). Cumulative environmental risk and youth maladjustment: the role of youth attributes. *Child Development*, 75(6), 1832–1849.
- Gervai J. (2005). A Budapesti Családvizsgálat. *Alkalmazott Pszichológia*, 7(4), 5–13.
- Giallo, R., Woolhouse, H., Gartland, D., Hiscock, H. and Brown, S. (2015). The emotional-behavioural functioning of children exposed to maternal depressive symptoms across pregnancy and early childhood: a prospective Australian pregnancy cohort study. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 24(10), 1233–1244.
- Glover, V. (2014). Maternal depression, anxiety and stress during pregnancy and child outcome; what needs to be done. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology*, 28(1), 25–35.
- Hadfield, K., Amos, M., Ungar, M., Gosselin, J. and Ganong, L. (2018). Do changes to family structure affect child and family outcomes? A systematic review of the instability hypothesis. *Journal of Family Theory and Review*, 10(1), 87–110.
- Hanington, L., Heron, J., Stein, A. and Ramchandani, P. (2011). Parental depression and child outcomes – Is marital conflict the missing link? *Child: Care, Health and Development*, 38(4), 520–529.
- Hartas, D. (2015). Parenting for social mobility? Home learning, parental warmth, class and educational outcomes. *Journal of Education Policy*, 30(1), 21–38.
- Hobel, C. J., Goldstein, A. and Barrett, E. S. (2008). Psychosocial stress and pregnancy outcome. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 51(2), 333–348.
- Hoff, E., Laursen, B. and Tardif, T. (2002). Socioeconomic status and parenting. In M. H. Bornstein and H. Marc H. (Eds.), *Handbook of parenting (Vol. 2)* (pp. 231–252). Mahwah–London: Lawrence Erlbaum Associates.
- Hoff-Ginsberg, E. (1998). The relation of birth order and socioeconomic status to children's language experience and language development. *Applied Psycholinguistics*, 19(4), 603–629.
- Jones, E. (2010) Parental relationships and parenting. In K. Hansen, H. Joshi and S. Dex (Eds.), *Children of the 21st century (Volume 2), the first five years* (pp. 53–73). Bristol: Policy Press.

- Joubert K. és Gárdos É. (1991). *Terhesek és csecsemők egészségügyi és demográfiai vizsgálata. A Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutató Intézetének kutatási jelentései 40.* Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Joubert K. (szerk.) (2006). Az országos longitudinális gyermeknövekedés-vizsgálat eredményei születéstől 18 éves korig I. *A Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutató Intézetének kutatási jelentései 83.* Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Kalil, A. and Ryan, R. M. (2010). Mothers' economic conditions and sources of support in fragile families. *The Future of Children*, 20(2), 39–61.
- Katz, L. F. and Gottman, J. M. (1993). Patterns of marital conflict predict children's internalizing and externalizing behaviors. *Developmental Psychology*, 29(6), 940.
- Khambati, N., Mahedy, L., Heron, J. and Emond, A. (2018). Educational and emotional health outcomes in adolescence following maltreatment in early childhood: A population-based study of protective factors. *Child Abuse & Neglect*, 81, 343–353.
- Kiernan, K. E. and Huerta, M. C. (2008). Economic deprivation, maternal depression, parenting and children's cognitive and emotional development in early childhood. *British Journal of Sociology*, 59(4), 783–806.
- Kingston, D., Heaman, M., Fell, D., Dzakpasu, S. and Chalmers, B. (2012). Factors associated with perceived stress and stressful life events in pregnant women: findings from the Canadian Maternity Experiences Survey. *Maternal and Child Health Journal*, 16(1), 158–168.
- Kingston, D., McDonald, S., Austin, M.-P. and Tou, S. (2015). Association between prenatal and postnatal psychological distress and toddler cognitive development: A systematic review. *PloS one*, 10(5), e0126929.
- Korten, A. and Henderson, S. (2000). The Australian National Survey of Mental Health and Well-Being: Common psychological symptoms and disablement. *The British Journal of Psychiatry*, 177(4), 325–330.
- Lacey, R. E., Bartley, M., Pikhart, H., Stafford, M. and Cable, N. (2014). Parental separation and adult psychological distress: an investigation of material and relational mechanisms, *BMC Public Health*, 14(1), 272–282.
- Lee, D. and McLanahan, S. (2015). Family structure transitions and child development: Instability, selection, and population heterogeneity. *American Sociological Review*, 80(4), 738–763.
- Luthar, S. S. and Zelazo, L. B. (2003). Research on resilience: An integrative review. In S. S. Luthar (Ed.), *Resilience and vulnerability: Adaptation in the context of childhood adversities* (pp. 510–549). New York: Cambridge University Press,
- Marryat, L. and Martin, C. (2010). *Growing up in Scotland: Maternal mental health and its impact on child behaviour and development. Project report.* Edinburgh: Scottish Government.
- Masten, A. S. (2007). Resilience in developing systems: progress and promise as the fourth wave rises. *Development and Psychopathology*, 19(03), 921–930.
- McLanahan, S. and Sandefur, G. (1994). *Growing up with a single parent: What hurts, what helps.* Cambridge: Harvard University Press.

- Meng, X., Fleury, M.-J., Xiang, Y.-T., Li, M. and D'Arcy, C. (2018). Resilience and protective factors among people with a history of child maltreatment: a systematic review. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 53(5), 453–475.
- Monk, C., Spicer, J. and Champagne, F. A. (2012). Linking prenatal maternal adversity to developmental outcomes in infants: the role of epigenetic pathways. *Development and Psychopathology*, 24(4), 1361–1376.
- Morris, A., Silk, J. S., Steinberg, L., Sessa, F. M., Avenevoli, S. and Essex, M. J. (2002). Temperamental vulnerability and negative parenting as interacting predictors of child adjustment. *Journal of Marriage and Family*, 64(2), 461–471.
- Morton, S. M. B., Atatoa Carr, P. E., Grant, C. C., Berry, S. D., Marks, E. J., Chen, X. M.-H., and Lee, A. C. (2014) *Growing up in New Zealand: A longitudinal study of New Zealand children and their families. Vulnerability report 1: Exploring the definition of vulnerability for children in their first 1000 days*. Auckland: Growing Up in New Zealand.
- Morton, S. M. B., Atatoa Carr, P. E., Grant, C. C., Berry, S. D. D., Mohal, J. and Pillai, A. (2015). *Growing up in New Zealand: A longitudinal study of New Zealand children and their families. Vulnerability report 2: Transitions in exposure to vulnerability in the first 1000 days of life*. Auckland: Growing Up in New Zealand.
- Müller, M. E. (1996). Prenatal and postnatal attachment: a modest correlation. *Journal of Obstetric, Gynecologic, & Neonatal Nursing*, 25(2), 161–166.
- Osborne, C. and McLanahan, S. (2007) Partnership instability and child well-being. *Journal of Marriage and Family*, 69(4), 1065–1083.
- Prady, S. L., Pickett, K. E., Croudace, T., Mason, D., Petherick, E. S., McEachan, R. R. C., Gilbody, S. and Wright, J. (2016). Maternal psychological distress in primary care and association with child behavioural outcomes at age three. *European Child Adolescent Psychiatry*, 25(6), 601–613.
- Rajyaguru, P., Moran, P., Cordero Vega, M. and Pearson, R. M. (2019). Disciplinary parenting practice and child mental health: evidence from the UK Millennium Cohort Study. *Journal of the American Society of Child and Adolescent Psychiatry*, 55(10), S200–S201.
- Ranschburg J. és Horváth I. (1985). Az anyai magatartás (a „szoptatás” és az „egyedül hagyás”) szocio-kulturális és pszichológiai feltételei. *Pszichológia*, 5(4), 565–577.
- Ranschburg J., Cseh K. és Sipos M. (1995). A csecsemőkori intelligencia kapcsolata a szociális környezeti hatásokkal és a szülői intelligenciával. *Pszichológia*, 15(1), 43–59.
- Rossen, L., Hutchinson, D., Wilson, J., Burns, L., Olsson, C. A., Allsop, S., Elliott, E. J., Jacobs, S., Macdonald, J. A. and Mattick, R. P. (2016). Predictors of postnatal mother-infant bonding: the role of antenatal bonding, maternal substance use and mental health. *Archives of Women's Mental Health*, 19(4), 609–622.
- Rutter, M. (1989). Isle of Wight revisited: Twenty-five years of child psychiatric epidemiology. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 28(5), 633–653.
- Rutter, M., Dunn, J., Plomin, R., Simonoff, E., Pickles, A., Maughan, B., Ormel, J., Meyer, J. and Eaves, L. (1997). Integrating nature and nurture: Implications of person – environment correlations and interactions for developmental psychopathology. *Development and Psychopathology*, 9(2), 335–366.

- Sameroff, A. and Chandler, M. (1975). Reproductive risk and the continuum of caretaking casualty. In F. D. Horowitz, M. Hetherington, S. Scarr-Salapatek and G. Siegal (Eds.), *Review of Child Development Research* (Vol. 4) (pp. 187–244). Chicago: University of Chicago Press.
- Sameroff, A. J., and Seifer, R. (1983). Familial risk and child competence. *Child Development*, 54(5), 1254–1268.
- Sameroff, A. J., Seifer, R., Zax, M. and Barocas, R. (1987). Early indicators of developmental risk: The Rochester Longitudinal Study. *Schizophrenia Bulletin*, 13(3), 383–393.
- Schoon, I., Bynner, J., Joshi, H., Parsons, S., Wiggins, R. D. and Sacker, A. (2002). The influence of context, timing, and duration of risk experiences for the passage from childhood to midadulthood. *Child Development*, 73(5), 1486–1504.
- Straus, M. A. and Stewart, J. H. (1999). Corporal punishment by American parents: National data on prevalence, chronicity, severity, and duration, in relation to child and family characteristics. *Child and Family Psychology Review*, 2(2) 55–70.
- Sun, Y. and Li, Y. (2014). Alternative households, structural changes, and cognitive development of infants and toddlers. *Journal of Family Issues*, 35, 1440–1472.
- Sutter-Dallay, A. L., Murray, L., Dequae-Merchadou, L., Glatigny-Dallay, E., Bourgeois ML, and Verdoux H. (2011). A prospective longitudinal study of the impact of early postnatal vs. chronic maternal depressive symptoms on child development. *European Psychiatry*, 26(8), 484–489.
- Thornton, A. (2004). Introduction and overview. In A. Thornton (Ed.), *The well-being of children and families* (pp. 3–27). Ann Arbor: The University of Michigan Press.
- Ungar, M. (2015). Social ecological complexity and resilience processes. *Behavioral and Brain Sciences*, 38, e124.
- Vermeer, H. J. and van IJzendoorn, M. H. (2006). Children's elevated cortisol levels at day-care: A review and meta-analysis. *Early Childhood Research Quarterly*, 21(3), 390–401.
- Veroszta Zs. (szerk.) (2018). *Kutatási koncepció. Kohorsz'18 Magyar Születési Kohorszvizsgálat. A Központi Statisztikai Hivatal Népeségtudományi Kutató Intézetének kutatási jelentései* 100. Budapest: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet.
- Warren, D. (2017). Low-income and poverty dynamics implications for child outcomes. *Social Policy Research Paper No 47*. Australian Institute of Family Studies.
- Zimmer-Gembeck, M. J. and Thomas, R. (2010). Parents, parenting and toddler adaptation: Evidence from a national longitudinal study of Australian children. *Infant Behavior and Development*, 33(4), 518–529.

PSYCHOLOGICAL ISSUES IN BIRTH COHORT STUDIES

ABSTRACT

In recent decades, beside the more traditional epidemiologically focused birth cohort studies, complex biopsychological - ecological approaches have become increasingly highlighted. Current review has a twofold purpose: on the one hand, we present a complex framework of interpretation in which developmental changes can be interpreted on a multilevel process involving distal and proximal factors. On the other hand, we review psychological research questions and novel results that can be considered in international cohort studies. From a psychological perspective two main research questions have emerged in cohort studies: 1. how adaptive/maladaptive developmental pathways unfold alongside risk- and protective factors, 2. what direct and indirect effects shape the resilient development. In this paper, we discuss the results of significant national cohort studies emphasizing social and family variables, and the findings of smaller-scale longitudinal studies also complementing their results.

AZ ÖNBEVALLÁSON ALAPULÓ TESTTÖMEGINDEX HASZNÁLATÁ- NAK TAPASZTALATAI: OTÁP ADATOK ELEMZÉSE

Bálint Lajos – Boros Julianna – Bakacs Márta

ÖSSZEFOGLALÓ

Költséghatékonysága, az adatgyűjtés egyszerűsége miatt az önbevalláson alapuló testtömeg- és testmagasságadatokat gyakran használják a népesség testtömegindexének, mint az elhízás legfontosabb indikátorának meghatározására. A tanulmány az önbevalláson alapuló testtömegindex-adatok validitását vizsgálja a felnőtt magyar népességre vonatkozó 2014-es Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat (OTÁP) alapján. Dacára annak, hogy a mért és az önbevallott testtömegindex egymással rendkívül erősen korrelált, az előjeles rangpróba a két mérési módszer szignifikáns különbségét jelezte. Az önbevallásos adatok torzításának különböző összetevőit sikerült megállapítanunk. Az alacsony testtömegűek hajlamosak voltak felülbecsülni testtömegindex értéküket, az elhízottak alulbecsülték azt. A mért és a bevallott értékek különbségére vonatkozóan a hagyományos szociodemográfiai változók közül csak a családi állapot és a nem szerepe volt kimutatható, a férfiakra vonatkozó modellek esetében a családi állapot sem bizonyult szignifikánsnak. A mért és az önbevallásból származó testtömegindex csoportoknak a diabétesz megbetegedésre gyakorolt hatásai nem tértek el egymástól szignifikánsan.

Tárgyszavak: testtömegindex, survey adat megbízhatósága, gyakoriságitábla-elemzés, Wilcoxon előjeles rangpróba, lineáris regresszió, logisztikus regresszió, Bland-Altman-diagram, Cohen-féle kappa

Bálint Lajos, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, PTE BTK Szociológia Tanszék

E-mail: balint@demografia.hu

Boros Julianna, KSH Népeségtudományi Kutatóintézet, PTE BTK Szociológia és Demográfia Doktori Iskola

E-mail: boros@demografia.hu

Bakacs Márta, Országos Gyógyszerészeti és Élelmezés-egészségügyi Intézet

E-mail: bakacs.marta@ogyei.gov.hu

BEVEZETÉS

A túlsúlyosak és elhízottak aránya világszerte magas, és tendenciájában egyre kedvezőtlenebb képet mutat. Az Egészségügyi Világszervezet (World Health Organization, WHO) becslése szerint 1975 és 2016 között az elhízás prevalenciája csaknem megháromszorozódott. 2016-ban összességében több mint 1,9 milliárd felnőtt volt túlsúlyos, közülük több mint 650 millió elhízott. Ha százalékos arányokat nézünk, 2016-ban a férfiak 11, a nők 15%-a volt elhízott, összességében pedig a férfiak 39, a nők 40%-a túlsúlyos vagy elhízott (WHO Global Health Observatory data repository). A kívánatosnál magasabb testsúly a gyerekeket és a serdülőket is egyre nagyobb mértékben érinti: körükben az elmúlt négy évtizedben több mint tízszeresére nőtt az elhízottak száma. Míg 1975-ben 11 millióan tartoztak az elhízottak közé, 2016-ban már 124 millióan, az 5–19 év közötti gyermekek közül 18% volt elhízott (NCD Risk Factor Collaboration [NCD-RisC], 2017).

A WHO adatai alapján Magyarország élen járt az elhízásban. A legfrissebb, 2016-os adatok szerint a 18 éves és idősebb magyar lakosság 28,6%-a tartozott az elhízottak közé, ezen belül a férfiak (29,9%) Málta után a második, míg a magyar nők (27,5%) a nyolcadik helyen szerepeltek az EU-tagállamok között.¹ A magyar háziorvosi körzetekben 2012 és 2015 között végzett reprezentatív mérési vizsgálat eredménye szerint a felnőtt férfiak 40%-a volt túlsúlyos, 32%-a elhízott, míg a nőknél mindkét kategóriába közel 32%-uk tartozott (Rurik et al., 2016). Az elhízás már a gyermekek körében is jelentős problémát jelent: a WHO 2016-os felmérésének (*Childhood Obesity Surveillance Initiative*, COSI) adatai szerint a 7 éves magyar gyermekek 20,9–28,5%-a túlsúlyos vagy elhí-

¹ <http://apps.who.int/gho/data/view.main.BMI30Cv?lang=en>.

zott, attól függően, hogy melyik elhízásdefiníciót veszik figyelembe (Kovács és Erdei, 2019).

A globális elhízásépidémia több okra vezethető vissza, amiben a kínálati oldalról szerepe van a technológiai fejlődésnek, az élelmiszeripar átalakulásának, a korábbanál nagyobb mennyiségű, olcsó feldolgozott élelmiszer megjelenésének (Swinburn et al., 2011), a keresleti oldalról pedig a jövedelmek emelkedésének (Zobel et al., 2016; Vandevijvere et al., 2015). A többlet energiabevitel mellett a megfelelő mértékű fizikai aktivitás hiánya, az alváshiány, az egyes gyógyszerek mellékhatásaként jelentkező elhízás, az endokrinrendszert károsító anyagok fogyasztása, a dohányzás visszaszorulása, a korösszetétel változása, a gyermekvállalási kor emelkedése ugyancsak növelhette az elhízás gyakoriságát (Wright and Aronne, 2012).

AZ ELHÍZÁS KÖVETKEZMÉNYEI

Kutatások egyértelműen azt mutatják, hogy az elhízás számos betegség, köztük a szívkoszorúér-betegségek, az ischaemiás stroke és a cukorbetegség közvetlen kockázati faktora (Global BMI Mortality Collaboration, 2016). A 2-es típusú cukorbetegségben szenvedők 90–95%-a elhízott (WHO, 2002). A normálnál magasabb testtömeg ugyancsak növeli egyes rákos megbetegedések (emlő-, vastagbél-, vese-, epehólyag-, prosztata-, endometrium-, ovárium- és méhnyakrák) kialakulásának esélyét (World Cancer Research Fund, 2018; López-Suárez, 2019).

Az elhízást a dohányzáshoz hasonlóan az elkerülhető halálozások egyik fontos tényezőjeként tartják számon (Mehta and Chang, 2009). A legtöbb epidemiológiai elemzés a testtömegindex (*Body Mass Index*, BMI) és a mortalitás közötti U vagy J alakú kapcsolatról, a nagyon alacsony és a nagyon magas testtömegindexű egyének fokozott kockázatáról számol be (Manson et al., 2007; Fontaine et al., 2003). Az optimális testtömeg alatt a mortalitás és a BMI közötti inverz kapcsolat döntően a dohányzással kapcsolatos légzőszervi megbetegedéseknek (ideértve a daganatokat is) köszönhető (Whitlock et al., 2009).

Az elhízás káros hatásainak nagyságrendjével kapcsolatban a kutatók az elhízottak relatív halálozási arányát, az elhízásból eredő éves halálozások becsült számát, az élettartamveszteség nagyságát és a mortalitási ráta ütemének lassításában játszott szerepét emelik ki. Fontaine és szerzőtársai (2003) felnőtt amerikaiakra vonatkozó vizsgálata szerint a 45 feletti testtömegindexű 20 éves fehér férfiak elhízásnak tulajdonítható életévvesztése 13 év volt, a súlyos el-

hízás a születéskor várható átlagos élettartamukat 17%-kal, a még hátralévő élettartamukat 22%-kal redukálta. Preston és Stokes (2011) közelmúltra vonatkozó számításai szerint az Egyesült Államokban az 50 éves életkorban várható élettartam pusztán az elhízás miatt 1,54 évvel csökkent a nőknél, 1,85 évvel a férfiaknál. Mehta és Chang (2009) becslése szerint a másod- és harmadfokú elhízás a normál testtömegűekhez képest a férfiaknál 62%-kal, a nőknél 40%-kal növelte a középkorúak mortalitását, míg a túlsúlyosokét (BMI = 25,0–29,9) és az elsőfokú elhízottakét (30,0–34,9) nem befolyásolta. Preston és szerzőtársai (2018) becslése szerint az elhízás a halandósági ráta éves csökkenésének ütemét 0,6–0,5 százalékponttal mérsékelte az Egyesült Államokban 1988 és 2011 között.

Elsősorban észak-amerikai adatokon alapuló tanulmányok felhívják a figyelmet arra, hogy az obezitás elterjedése veszélyezteti a halálozás hosszú távú szekuláris trendjének kedvező alakulását (Mehta and Chang, 2009), a szívbetegségek, daganatok és más krónikus problémák terén elért sikerek eredményeit (Fontaine et al., 2003), negatív hatást gyakorol a várható élettartamra (Olshansky et al., 2005; Preston and Stokes, 2011).

Az egyéni egészségproblémákon túl társadalmi szinten is nagy jelentősége van az elhízásepidémiának, becslések szerint a fejlett országok egészségügyi kiadásainak 2–7%-a írható az elhízás számlájára (WHO, 2000).

Mindezekon túl az elhízás hátrányosan érinti az egyén azon képességét, hogy teljes és aktív életet éljen, számottevően rontja az életminőséget, amelynek vitathatatlanul erős markere, az elhízással az életminőség-deficit azonnal tapasztalható (Fontaine and Barofsky, 2001). Az elhízás a testi problémák mellett a pszichés eredetű megbetegedésekhez is hozzájárulhat, előidézheti a táplálkozási rendellenességek vagy az alacsony önbecsülés kialakulását (WHO, 2002). A túlsúlyossággal járó stigma vagy diszkrimináció miatt depresszió, szorongás, bulimia, testkép-elégedetlenség és alacsony önértékelés alakulhat ki (Williams et al., 2015). Az elhízás a férfi nemi szereppel kapcsolatos stressz létrejöttében is szerepet játszhat (Susánszky and Döbrössy, 2019).

AZ ELHÍZÁS MÉRÉSE: A TESTTÖMEGINDEX ÉS KRITIKÁI

Az elhízottság mérésére populációs szinten általában a testtömegindexet használják. A BMI a kilogrammban megállapított testtömeg és a méterben mért testmagasság négyzetének hányadosa. A WHO által publikált besorolás alapján beszélhetünk soványságról (BMI < 18,5 kg/m²), normál testsúlyról (18,5–24,9 kg/m²), túlsúlyról (25,0–29,9 kg/m²), enyhe, első fokú (30,0–34,9 kg/m²),

középsúlyos, másodfokú ($35,0\text{--}39,9\text{ kg/m}^2$) és súlyos mértékű elhízásról ($\text{BMI} \geq 40,0\text{ kg/m}^2$).

A BMI a lehető legegyszerűbb módja annak, hogy átfogó képet kapjunk egy adott népesség tápláltsági állapotáról; a mutató kiszámítása egyszerű, az adatok könnyen és gyorsan (költséghatékony módon) összegyűjthetők. A standard mérési módszerekkel, kalibrált műszerekkel végzett mérések megbízható eredményekhez vezetnek, de ez az eljárás nagyságrendekkel nagyobb költségigényű, mint a kérdőíves kérdezés, ezért sokkal ritkábban és kisebb minták esetében szokták alkalmazni. Az önbevallásos adatok erősen korrelálnak a mért értékekkel (Łopuszanska et al., 2015; Spencer et al., 2002; Keith et al., 2011). Mivel a legtöbb országban a reprezentatív adatfelvételek a BMI-t használják a tápláltsági állapot mérésére, ezért az egyes kutatások eredményei időben és térben is könnyen összehasonlíthatók.

A testtömegindex alkalmazásával szemben számos kritika fogalmazódott meg. A mutató nem ad tájékoztatást a testzsír és az izmok arányáról, nem jelzi az elhízás lokalizációját, és figyelmen kívül hagyja a nemi és életkori sajátosságokat is (Nuttall, 2015; Williams et al., 2015). Mások a BMI küszöbértékeinek önkényes meghatározását kérdőjelezték meg (Buckingham, 2008). A BMI és a mortalitás közötti kapcsolatot vizsgáló tanulmányok közül némelyik arra a következtetésre jutott, hogy a BMI ideális tartománya az életkor függvényében változik, és eltérhet etnikai csoportok szerint is (Fontaine et al., 2003).

A kritikák ellenére a testtömegindex továbbra is standard mutatója az elhízásnak, a magas BMI bizonyíthatóan kockázati faktora különböző megbetegedéseknek és halálokoknak (Whitlock et al., 2009). Az alternatív antropometria mutatók közül a haskörfogat erősen korrelál a testtömegindexszel, kiegészítheti annak információtartalmát (Whitlock et al., 2009).

AZ ÖNBEVALLÁSON ALAPULÓ TESTTÖMEGINDEX ÉRTÉKÉT TORZÍTÓ TÉNYEZŐK

Az elhízás társadalmi elterjedtségének a mérése reprezentatív felvételek kérdőíves interjúi segítségével történik, ahol a válaszadó által adott értékek rögzítésére, majd elemzésére kerül sor. Az elmúlt évtizedekben jelentős vita bontakozott ki az önbevallásból származó adatok validitásával kapcsolatban. Több tanulmány azt találta, hogy az önbevallásból származó adatok érvényes helyettesítőváltozói a klinikai mérési értékeknek (Jeffery, 1996; Spencer et al., 2002), míg mások (pl. Connor Gorber et al., 2007; Larsen et al., 2008; Nicolau et al., 2017) különböző mértékű torzításokra és azok lehetséges okaira hívták fel a figyelmet.

A válaszadási hibák egy része az emlékezés pontosságával kapcsolatos. Az önbevallott és a klinikai mérés különbsége abból adódhat, hogy a kérdezettek túl régen mérték magukat, és azóta már változott a valós érték. Az ilyen típusú hiba összefügghet az életkorral. A hiba másik csoportja a társadalmi kíváncsiság okozta torzítással kapcsolatos. A válaszadók, annak érdekében, hogy elkerüljék a negatív megítélést, hajlamosak társadalmilag elfogadottabb, az ideálisnak vélthez közelebbi testsúly/testmagasság értéket adni a kérdezőbiztosnak (Callegaro, 2008; Yoong et al., 2013). Ebben az esetben a testsúly szándékos torzításáról van szó, annak érdekében, hogy a testsúly összhangban legyen a karcsú testkép elvárásával (John et al., 2006).

A kérdezőbiztos szerepe mellett a lekérdezés módja is jelentősen befolyásolja a válaszokat. Eltérő eredmények születnek akkor, amikor az adatokhoz személyes kérdezéssel, szemtől szembeni interjúk során jutnak hozzá, vagy amikor telefonos, esetleg online kérdezéssel. Megfigyelések szerint az online adatok megbízhatóbbak, hiszen a kérdezési szituációban nincs társadalmi nyomás, a kérdezettek nem akarnak megfelelni a kérdezők (vélt) elvárásainak (Nicolau et al., 2017). A telefonos kérdezés esetében, bár személyesen szintén nincs jelen a kérdező, mégis úgy tűnik, hogy nagyobb az eltérés a mért adatokhoz képest (Taylor et al., 2006).

Az önbevalláson alapuló torzítás jelentősége kettős: a besorolás pontatlansága megkérdőjelezi a kutatás eredeti szándékát, hogy megfelelő módon számoljon be az elhízás prevalenciájáról, a torzított testtömegindex pedig alulbecsüli a testtömegnek az egészségkockázatra gyakorolt hatását, az elhízott egyéneknek a pontos azonosítása ezért elengedhetetlen az elhízás kockázatát növelő életmódtényezők értelmezéséhez (Flegal et al., 2013).

A mért és az önbevallott testsúly különbségével terjedelmes, napjainkban is bővülő irodalom foglalkozik. A kitartó érdeklődést elsősorban az motiválja, hogy mennyire tekinthetők pontosnak az önbevalláson alapuló kutatási eredmények, mely tényezők okozzák a torzítást, és milyen korrekciók szükségesek a diszkrepanciák kezelésére (Stommel and Schoenborn, 2009).

Az általános tapasztalatok az önbevallásos adatok pontosságát megkérdőjelezik, a mért és bevallott értékek közti különbségben egyaránt szerepet játszhatnak szociodemográfiai és szocioökonómiai tényezők, valamint etnikai és kulturális különbségek (Gillum and Sempos, 2005), de befolyásolhatja a tápláltsági állapot is (Anai et al., 2015; Nicolau et al., 2017). A torzítás a testtömegindex-komponensek szerint is változatos képet mutat, az eredmények messze nem konzisztensek.

Általában egyetértés mutatkozik abban, hogy a mért és az önbevallott adatok a tényleges BMI-csoportok szerint eltérnek, a különbség a szélső kategóriákban a leginkább jelentős. Az alultápláltak hajlamosak a státuszukat felülértékelni, míg a túlsúlyosak gyakran alulbecslik azt, a normál tartományba tartozóknál általában nagyobb a vélelmezett és a mért értékek együtt járása (Domingues et al., 2011; Akhtar-Danesh et al., 2008).

A magasságra vonatkozó eredmények többsége szerint (Connor Gorber et al., 2007) a válaszadók hajlamosak a testmagasságukat nagyobbra feltüntetni (Nawaz et al., 2001), míg a testsúlyt általában alulbecsülni, ennek alapján a testtömegindex mért értéke rendszerint magasabb, mint a válaszadók által közölt értékekből számított mutató (Łopuszanska et al., 2015).

A nők körében általában nagyobb a testsúly alulbecslésének mértéke, mint a férfiaknál (Akhtar-Danesh et al., 2008; Moreira et al., 2018; Taylor et al., 2006; Connor Gorber et al., 2007; Kuczmarski et al., 2001; John et al., 2006). A férfiak ugyanakkor a testmagasságukat hajlamosabbak felülbecsülni (Anai et al., 2015; Domingues et al., 2011).

Az idősebb korú válaszadóknál gyakoribb a testmagasság felülbecslése (Kuczmarski et al., 2001), mások viszont ugyanezen életkorcsoportnál a testtömeg jelentősebb pontatlanságára hívják fel a figyelmet (Taylor et al., 2006; Krul et al., 2010).

A nem házasok (egyedülállók, nőtlen/hajadonok és az elváltak) hajlamosak a testtömegüket alulbecsülni (Villanueva, 2001). Egy másik kutatás szerint az egyedülállók esetében megbízhatóbbak az önbevallott adatok, míg az özvegyeknél általában nagyobb az eltérés a mért értékekhez képest (Taylor et al., 2006).

Az iskolázottság befolyásolja a torzítást, a pontatlanság az alacsonyabb iskolázottságúaknál nagyobb (Łopuszanska et al., 2015).

KUTATÁSI KÉRDÉSEK

Jelen kutatás célja, hogy (1) meghatározzuk az önbevallásos és a mért testmagasság és testtömeg, valamint a belőlük számított testtömegindex különbségét a felnőtt magyar populációban. (2) Választ adjunk arra a kérdésre, hogy a mért adatok alapján a megfigyelések mekkora hányada volt tévesen besorolva, és azok a BMI skála mely szegmensén helyezkednek el. (3) A rendelkezésre álló magyarázóváltozók segítségével meghatározzuk a torzítást okozó szocio-demográfiai

és antropometriai változókat. (4) Elemezzük, hogy a testtömegindex és a cukorbetegség közötti összefüggés kockázata mennyiben különbözik annak függvényében, hogy a mért vagy az önbevalláson alapuló BMI-státusz kategóriákat vettük-e figyelembe.

ADATOK

2014-ben az Európai lakossági egészségfelméréshez (ELEF) kapcsolódva kiegészítő felmérést végeztek egy kisebb almintán. Az Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálatot (OTÁP) az Országos Élelmezés- és Táplálkozástudományi Intézet (OÉTI) szervezésében, szakképzett védőnők és szakápolók bevonásával bonyolították le. A cél az volt, hogy a kérdőíves felmérésen túl a tápláltsági állapothoz kapcsolódó eszközös antropometriai vizsgálatot is végezzenek az abba beleegyezőkön. A vizsgálat célcsoportjaként a 18 évesnél idősebb, nem intézményben élő lakosságot jelölték meg.

A vizsgálatot 2014. szeptember 30. és november 30. között bonyolították le, az ország 122 településén összesen 3170 felnőttkorút felkeresve, akik közül 857-en egyeztek bele a részvételbe, azaz a sikeresség 27%-os volt (Erdei et al., 2017). A válaszok közül 13 esetben adathiány miatt nem volt lehetséges az önbevalláson alapuló vagy mért értékek meghatározása, így a minta elemszáma 844-ra csökkent. A minta leíró statisztikáit az 1. táblázat tartalmazza.

A vizsgálat során a kérdezetteknek egy háromnapos étkezési naplót kellett kitölteniük, amelyet a kitöltéshez szükséges részletes útmutatóval együtt az ELEF kérdezőbiztosaitól kaptak. A táplálkozási naplót előre egyeztetett időpontra kellett elkészíteniük, amikor a szakképzett mérőszemélyzet otthonukban látogatta meg őket, és egy rövid kérdőív kitöltése mellett testsúly-, testmagasság- és derékkörfogat-mérést végeztek. A mérések azonos típusú kalibrált eszközökkel történtek (SECA 213, 214 hordozható magasságmérő, SECA 872, SECA 877 digitális személyi mérleg és SECA 201 állandó feszességű, nem nyújtható mérőszalag). A testmagasság mérése cipő nélkül, milliméteres pontossággal, a testsúlyé ugyancsak cipő nélkül, alsóneműben vagy könnyű felsőruházatban, egytized kilogrammos pontossággal valósult meg. Ezt kiegészítette még a testmozgásra vonatkozó eszközös mérés is, egy lépésszámláló segítségével (Erdei et al., 2017). A tápláltsági állapotra vonatkozó adatok mellett valamennyi válaszadó esetében rendelkezésre állnak az ELEF keretében felvett szociodemográfiai információk, így a nem, az életkor, az iskolázottság, a családi állapot, valamint az egészségi állapotról, egészségmagatartásról vonatkozó adatok is.

1. táblázat: A minta leíró statisztikái

Változók	Minta
Életkor, év (átlag, szórás)	49,07 (17,3)
Összesen (N, %)	844 (100)
Nem	
férfi	369 (43,7)
nő	475 (56,3)
Iskolázottság	
legfeljebb szakmunkás	327 (38,7)
legalább érettségizett	517 (61,3)
Családi állapot	
házas	478 (56,7)
nem házas	375 (43,3)

ELEMZÉSI MÓDSZEREK

Az önbevallott és a mért értékek összehasonlítására Wilcoxon-féle párosított mintájú előjeles rangpróbát használtuk, mivel a Student-féle párosított t-próba normalitási feltevése nem teljesült. A Wilcoxon-próba olyan nem paraméteres eljárás, amely nem támaszt feltételt a változók eloszlásával kapcsolatban (eloszlásfüggetlen), ferde eloszlású változók esetén a próba ereje jóval nagyobb, mint a t-próbáé. A próba a párosított értékek közötti különbségek előjele mellett figyelembe veszi azok nagyságrendjét is. A teszt a mintaelemek közötti különbségeket abszolút nagyságuk alapján rangsorolja, majd hozzárendeli a rangszámokhoz a különbségek előjelét. Ha a nullhipotézis igaz, a pozitív és a negatív rangszámösszegek kiegyenlítik egymást, a párok közötti különbség nulla körüli szimmetrikus eloszlást követ, az eloszlások azonosak. A tesztstatisztika a pozitív rangszámösszegekre:

$$W = \sum_{i=1}^{n'} R_i^{(+)}$$

Ahol $R_i^{(+)}$ a pozitív előjelű rangszámkülönbségek, n' a nem nulla különbségű adatpárok száma.

A válaszadók önbesorolásának megbízhatóságát Cohen-féle kappa statisztikai mutatóval vizsgáltuk (Altman, 1999). A válaszadók csoportosítása akkor tekinthető pontosnak, ha mindkét besorolási eljárás egyazon eredményre jut. A besorolás megbízhatóságának legegyszerűbb módja az egyezést mutató cellaértékek százalékos egyezésének közlése. A kappa mutató ezt az értéket korrigálja azzal, hogy figyelembe veszi a véletlen megegyezés hipotetikus valószínűségét. A mutató használatát indokolja, hogy kevésbé félrevezető, mint ha csak a megfigyelt pontosságot, az azonos módon besorolt esetek arányát adnánk meg. A kappa mutató képlete:

$$\kappa = \frac{p_o - p_e}{1 - p_e} = 1 - \frac{1 - p_o}{1 - p_e}$$

ahol p_o a besorolások között megfigyelt relatív megegyezés, p_e a várható vagy véletlen megegyezés hipotetikus valószínűsége.

A mért és az önbevallásból származó adatok egyezését a Bland és Altman (1986) által bevezetett diagram segítségével vizsgáltuk. A módszer ugyanannak a kvantitatív változónak az – esetünkben a mért és az önbevallott – értékei közötti megegyezést írja le az egyezési határok (*limit of agreement*) segítségével, a párosított mérések különbségeit a megfigyelésekre vonatkozó mérések átlagához viszonyítva ábrázolja. Az eredményül kapott szórásdiagram Y tengelye a párosított mérések különbségeit, X tengelye pedig azok átlagát mutatja. Bland és Altman 95%-os egyezési határt javasolt, a különbségek normális eloszlása esetén az adatok az átlagos különbségtől két szórás távolságon belül helyezkednek el ($d \pm 1,96 \cdot SD$).

A BMI mért és a bevallott értékei közötti különbséget a közönséges legkisebb négyzetek módszerével elemeztük. A regressziós modell magyarázó változói közé bevontuk a nem és az életkor mellett az iskolai végzettséget és a családi állapot faktorváltozóit is, valamint a BMI mért értékeit. A különböző módon meghatározott testtömegindex és a cukorbetegség közötti összefüggés kockázatát logisztikus regresszióval vizsgáltuk az említett kontrollváltozók bevonásával.

EREDMÉNYEK

Elemzésünkben a testtömegindexet a WHO által javasolt csoportok szerint elemeztük. A különböző fokozatú elhízottak között ($BMI \geq 30,0 \text{ kg/m}^2$) nem tettünk különbséget.

Az OTÁP 2014 adatai szerint a mért testsúly és testmagasság alapján viszonylag kevesen tartoztak a soványak közé ($BMI < 18,5 \text{ kg/m}^2$), mindössze a minta 2,5%-a, míg a normál testtömegindexűek aránya 33,8% volt. A mért értékek szerint 63,7% túlsúlyos vagy elhízott ($BMI \geq 25,0 \text{ kg/m}^2$), míg az önbevallott értékek szerint csak 57,5%. Az önbevallott és a mért értékek közötti eltérés az elhízottak kategóriájában a legjelentősebb, a különbség 8,6 százalékpont volt (31,5% és 22,9%). Az elhízás önbevallás alapján mért prevalenciája, a nemzetközi tapasztalatokkal egyezően, Magyarországon is alacsonyabb volt a valós értékeknél. Az 2. táblázat mutatja, hogy a különböző testtömegindexű csoportokba tartozók milyen mértékben sorolták magukat a különböző kategóriákba. Az adatokból kiderül, hogy a ténylegesen a sovány kategóriába tartozók több mint harmada felülbecsülte a BMI-jét, ugyanakkor az elhízottak csaknem harmada, a túlsúlyosoknak pedig majdnem negyede alulbecsülte saját tápláltsági állapotát. A normál BMI-kategóriába tartozók körében volt a legkevesebb a téves besorolás, kevesebb mint tizedük ítélte meg helytelenül a BMI-jét (fele-fele arányban alul-, illetve túlbecsülve azt). A rosszul besorolt esetek többsége az eloszlások szélein, az extrém magas és az extrém alacsony BMI-értékeknél volt megfigyelhető.

Az 2. táblázat főátlója a mért testtömegstátusz alapján helyesen besorolt megfigyelések arányát mutatja, ami 79,1% volt ($N = 668$). A kappa értéke 0,69 ($z = 30, p < 0,001$), ami a kiválótól elmaradó, jó megegyezésre utal (Altman, 1991).² A korrelációs együttható magas értéke ellenére az adatok több mint ötöde rosszul csoportosított volt.

2. táblázat: A mért és az önbevalláson alapuló BMI-kategóriák standard BMI-csoportok szerinti besorolása

Önbevallásos BMI	Mért BMI				Összesen
	<18,5	18,5–24,9	25,0–29,9	30,0≤	
<18,5	13	11	0	0	24
18,5–24,9	8	261	60	6	335
25,0–29,9	0	12	207	73	292
30,0≤	0	1	5	187	193
Összesen	21	285	272	266	844

$$\chi^2 = 1187,5; df = 8; p < 0,001$$

² A kappamutató értéke perfekt megegyezés esetén egyenlő eggyel, a besorolás pontatlanságával csökken az értéke, nagyon ritka esetben a mutató lehet negatív.

A testsúly, a testmagasság és a testtömegindex mért és bevallott értékeinek különbségeit külön-külön vizsgálva megállapítható, hogy a válaszadók a testtömeget (a sovány kategóriába tartozók kivételével) általában kisebbnek, míg a testmagasságot valamennyi kategóriában nagyobbak mondták a mért értékekhez képest (3. táblázat). Az átlagos testtömeg 77,8 kg volt, szemben a bevallott 76,1 kg-mal, az átlagos testmagasság pedig 167,5 cm, szemben a bevallott 169,4 cm-rel. A különbségek mind a testtömeget, mind a testmagasságot illetően, s így összességében a BMI-re vonatkozóan is az elhízott kategóriába tartozók esetében a legnagyobbak, mint azt a 2. táblázat is mutatja.

3. táblázat: A testsúly, a testmagasság és a BMI mért és bevallott átlagértéke, valamint azok különbségének átlagai a standard BMI-kategóriák szerint

Mutatók (SD)	<18,5	18,5–24,9	25,0–29,9	30,0≤	Összesen
	alultáplált	normál súlyú	túlsúlyos	elhízott	
Mért testsúly, kg	49,00 (1,48)	64,90 (0,55)	77,49 (0,58)	94,23 (1,00)	77,80 (0,60)
Bevallott testsúly, kg	50,62 (1,55)	64,56 (0,57)	75,81 (0,62)	90,73 (1,01)	76,09 (0,58)
Mért és bevallott különbsége, kg	–1,62 (0,81)	0,34 (0,16)	1,67 (0,25)	3,50 (0,31)	1,72 (0,15)
Mért testmagasság, cm	165,26 (2,37)	169,38 (0,60)	168,06 (0,59)	165,16 (0,67)	167,52 (0,36)
Bevallott testmagasság, cm	165,90 (2,34)	170,61 (0,57)	169,82 (0,54)	167,88 (0,62)	169,38 (0,33)
Mért és bevallott különbsége, cm	–0,65 (0,90)	–1,23 (0,17)	–1,76 (0,19)	–2,72 (0,23)	–1,86 (0,11)
Mért BMI, kg/m ²	17,86 (0,10)	22,55 (0,10)	27,35 (0,09)	34,40 (0,23)	27,72 (0,19)
Bevallott BMI, kg/m ²	18,33 (0,26)	22,10 (0,11)	26,20 (0,12)	32,05 (0,25)	26,46 (0,07)
Mért és bevallott különbsége, kg/m ²	–0,47 (0,32)	0,45 (0,07)	1,15 (0,09)	2,36 (0,15)	1,26 (0,17)

Megjegyzés: Zárójelben a standard hibák.

A mért és a bevallott folytonos változók közötti asszociáció erőssége mindhárom esetben közel perfekt kapcsolatra utalt. A Pearson-féle korrelációs együttható értéke a testmagasságnál 0,947 (a konfidenciaintervallum [KI]: 0,940–0,954), a testsúlynál 0,969 (KI: 0,965–0,973), a testtömegindexnél pedig 0,939 (KI: 0,930–0,946) volt.

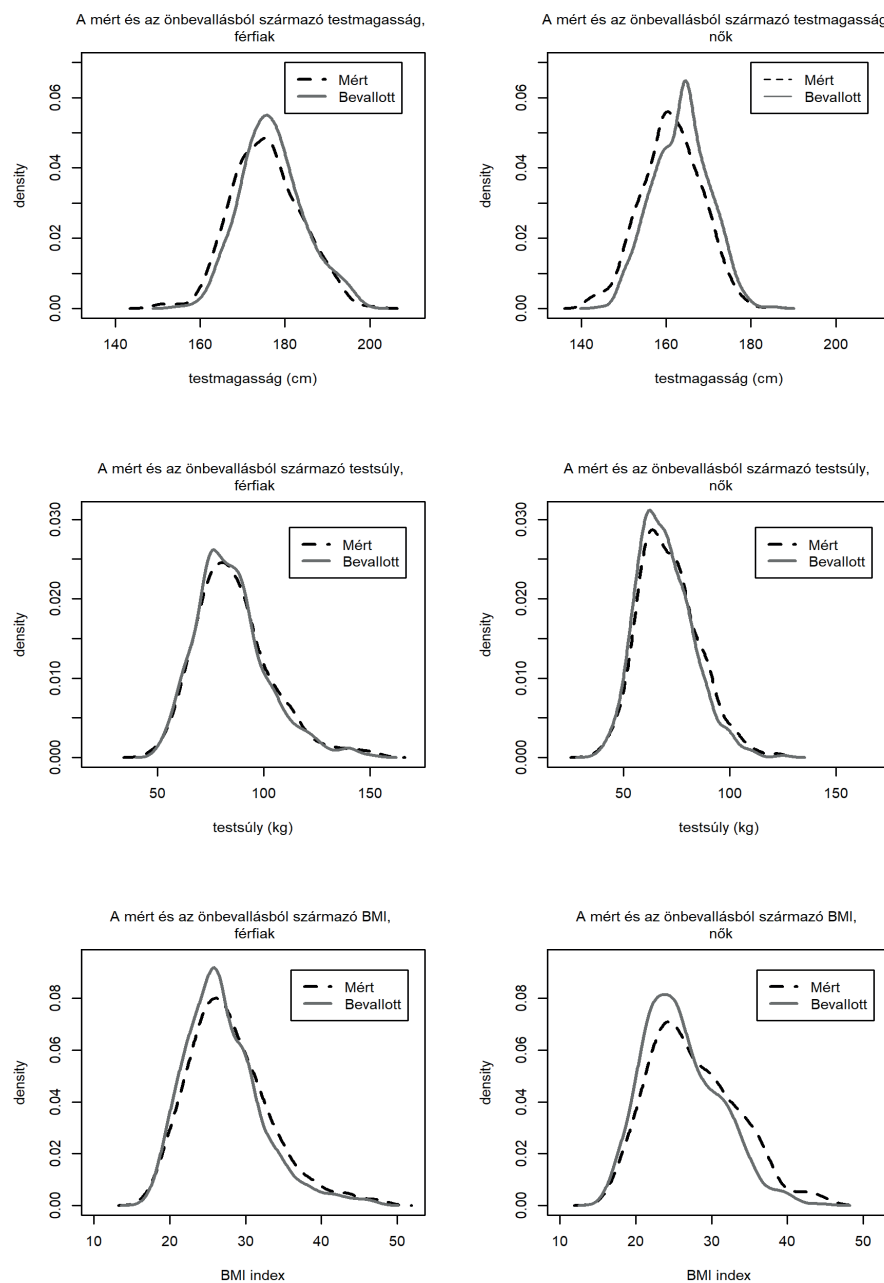
A mintasokaság mért és bevallott értékeinek nemek szerinti eloszlását az 1. ábra mutatja. A különbségadatsorra vonatkozó Shapiro–Wilk-féle normalitási teszt szignifikanciaértéke valamennyi esetben alacsony volt ($p < 0,001$), ezért elutasíthatjuk a nullhipotéziseinket, hogy eloszlásaink normális eloszlású sokaságból származnának. Az eloszlások mindegyike mérsékelt pozitív ferdeséget (jobbra ferde), a testsúly és a testtömegindex pedig extrém csúcsosságot ($K > 3$) mutatott (1. ábra).

A nem független értékek eltérését Wilcoxon-féle előjeles rangpróbával hasonlítottuk össze. A rangszámok eltérésére vonatkozó tesztek mindegyike már egy ezrelékes szinten is szignifikáns volt, a mért és az önbevallott értékek eltérését alátámasztva (4. táblázat).

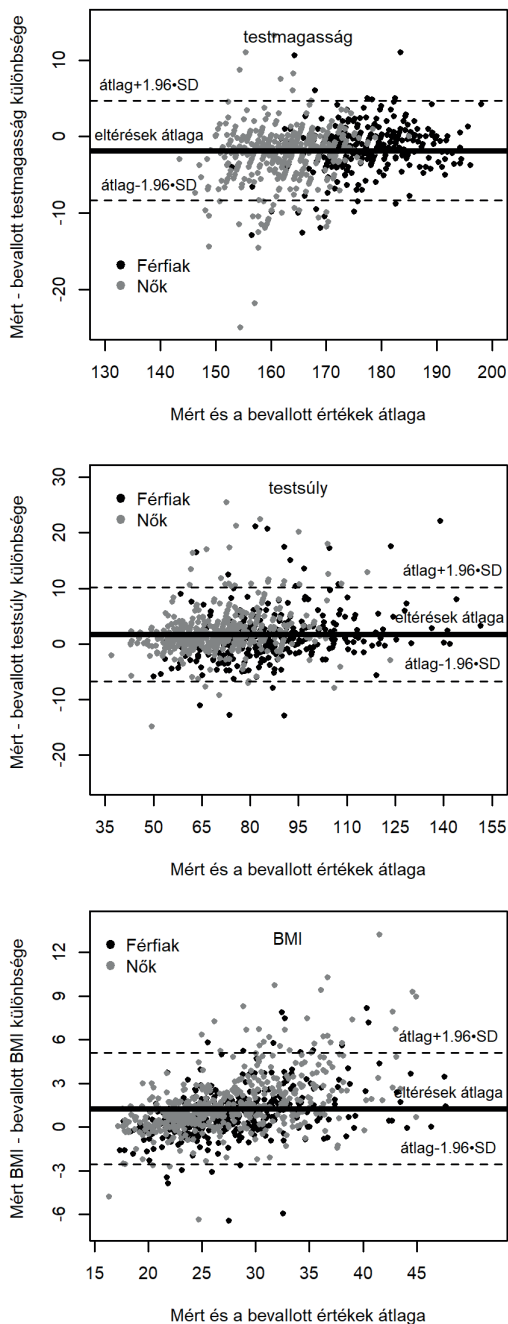
A Bland–Altman-ábra olyan informatív eszköz, amely megmutatja, hogy a különböző módon felvett adatok között mekkora a diszkrepancia. A megegyezési határ nagysága az eredmények megbízhatóságát jelzi: ha a határok kisebbek, a két mérési módszer nagy valószínűséggel megegyezik. A Bland–Altman-szórásdiagram lehetővé teszi a mérések közötti szisztematikus különbségek megfigyelését, a kiugró értékek azonosítását. Az adatpontok variabilitása pedig az átlagos eltérés körüli szórás homogenitását/heterogenitását jelzi.

A Bland–Altman-ábrákból jól látszik (2. ábra), hogy az emberek a testtömegüket a ténylegesnél alacsonyabbnak (a különbségek átlaga 1,72 kg, lásd 3. táblázat), a testmagasságukat a ténylegesnél valamivel magasabbnak értékelik (a mért és a bevallott különbségpárok átlaga –1,86 cm volt, lásd 3. táblázat). A pontok mindkét esetben többnyire a megegyezési tartományon belül szerepeltek, vizuálisan jól kivehető mintázat nem volt megfigyelhető. A közölt értékekhez képest a mért BMI-értékek átlagosan 1,26 kg/m²-rel voltak nagyobbak. Érdekeség, hogy a BMI-értékek szórásdiagramja nem követi összetevőinek mintázatát, az ábrán jól látható szisztematikus torzítás figyelhető meg, az alacsonytól a magasabb testtömegűek felé haladva nő a mért és a bevallott értékek közötti különbség, ami azt jelenti, az elhízottak hajlamosak alulbecsülni elhízásuk mértékét, míg a soványak negatív tartományban szereplő értékei a válaszdói értékek túlbecslésére utalnak.

1. ábra: A mért és az önbevallott testmagasság, a testtömeg és a BMI sűrűségfüggvénye a mintában nemek szerint



2. ábra: A mért és az önbevalláson alapuló testmagasság, testsúly és testtömegindex Bland-Altman-diagramjai



4. táblázat: Az aszimptotikus Wilcoxon–Pratt előjeles rangpróba eredményei

Változók	Férfiak		Nők		Együtt	
	Z érték	p érték	Z érték	p érték	Z érték	p érték
Testmagasság	9,236	0,000	13,746	0,000	16,501	0,000
Testtömeg	-5,685	0,000	-12,363	0,000	-12,972	0,000
Testtömegindex	9,628	0,000	15,590	0,000	19,398	0,000

Megjegyzés: A zero különbségek kezelése Pratt-módszerrel.

A regressziók eredményei

A mért és a bevallott BMI-értékek különbségeinek magyarázatát a közöslegesebb négyzetek módszerével vizsgáltuk. A nem és az életkor mellett az iskolázottság (0 = legfeljebb szakmunkás, 1 = érettségizett és diplomás) és a családi állapot (0 = házas, 1 = nem házas) dichotomizált változóit, továbbá a mért adatokat vagy a belőlük számított BMI-értéket vontuk be az elemzésbe. Nemek szerint és a mintasokaság egészére négy-négy modell illesztésére került sor (5–7. táblázat). A nemek szerinti vizsgálattal arra a kérdésre kerestük a választ, hogy a magyarázó mechanizmusokban megfigyelhetők-e nemspecifikus különbségek.

A hagyományos szociodemográfiai változók közül az életkor rendszerint növelte a torzítást, az antropometriai változókkal kiegészített modellekben azonban elvesztette szignifikáns szerepét. A szociodemográfiai változók közül a családi állapot csak a nőkre és a teljes népességre vonatkozó összetettebb modellekben volt szignifikáns (6–7. táblázat). Az eredmények azt mutatják, hogy a nem házas nők hajlamosabbak alábecsülni testtömegindexüket. Az iskolai végzettség ugyanakkor egyik esetben sem befolyásolta az értékpárok különbségeit. A takarékos modellek által megmagyarázott hányad 1–6% volt, ami a modellek kifejezetten gyenge illeszkedését jelzi, és mindez természetesen azt is jelenti, hogy az alkalmazott szociodemográfiai változók nem képesek elfogadható becslést adni a torzítás magyarázatára. Ezzel szemben az antropometriai mutatók bevonása jelentős javulást eredményez a modellek illeszkedésében. A mért adatokon alapuló testtömegindex jelentősen javította a modellek illeszkedését,

a becsült paraméter pozitív előjele azt jelzi, hogy a mérésen alapuló BMI növekedése a torzítás nagyságát növeli. Az összefüggés egyébként jól látható volt már a Bland–Altman-diagramon is (3. ábra), a becslés ezt egyértelműen alátámasztotta. Az összetettebb modellekben (4. modell) a várakozásnak megfelelően a BMI összetevői közül a mért testsúly pozitív kapcsolatot mutatott a kimeneti változóval, a mért testmagasság viszont negatívát, vagyis az antropometriai komponensek mindegyike szerepet játszik a torzításban, méghozzá jóval jelentősebb mértékűt, mint a szociodemográfiai változók együttesen. A csak antropometriai paraméterekkel becsült modellek eredményei konzisztensek a korábbi megállapításainkkal, terjedelmi okok miatt a becslések közlésétől eltekintettünk.

5. táblázat: A mért és az önbevalláson alapuló BMI-különbségek regressziós modelljei, férfiak

Változók	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell
Konstans	0.272 (0.262)	–0.049 (0.642)	–3.204*** (0.714)	10.229*** (2.093)
Életkor, év	0.012* (0.005)	0.014* (0.006)	0.003 (0.006)	–0.002 (0.006)
Iskolai végzettség (ref.: legfeljebb szakmunkás)				
érettségizett, diplomás		0.013 (0.183)	0.023 (0.169)	0.162 (0.172)
Családi állapot (ref.: házas)				
nem házas		0.147 (0.213)	0.255 (0.197)	0.242 (0.195)
Mért BMI, kg/m ²			0.126*** (0.016)	
Mért magasság, cm				–0.076*** (0.012)
Mért testsúly, kg				0.041*** (0.005)
<i>N</i>	369	368	368	368
Adj. <i>R</i> ²	0.011	0.007	0.152	0.175
F-statisztika	5.372*	1.902	17.45***	16.55***

Megjegyzés: ****p*<0,001 ***p*<0,01 **p*<0,05, zárójelben a standard hibák.

6. táblázat: A mért és az önbevalláson alapuló BMI-különbségek regressziós modelljei, nők

Változók	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell
Konstans	0.386 (0.285)	0.281 (0.571)	-4.296*** (0.626)	13.398*** (2.138)
Életkor, év	0.024*** (0.005)	0.024*** (0.005)	0.004 (0.005)	-0.002 (0.005)
Iskolai végzettség (ref.: legfeljebb szakmunkás)				
érettségizett, diplomás		0.175 (0.198)	0.063 (0.174)	0.182 (0.176)
Családi állapot (ref.: házas)				
nem házas		0.267 (0.188)	0.354* (0.164)	0.367* (0.164)
Mért BMI, kg/m ²			0.184*** (0.015)	
Mért magasság, cm				-0.107*** (0.013)
Mért testsúly, kg				0.065*** (0.006)
N	475	475	475	475
Adj. R ²	0.038	0.040	0.266	0.277
F-statisztika	19.5***	7.537***	43.99***	37.38***

Megjegyzés: ***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05, zárójelben a standard hibák.

7. táblázat: A mért és az önbevalláson alapuló BMI-különbségek regressziós modelljei, együtt

Változók	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell
Konstans	-0.739** (0.276)	-1.035* (0.441)	-5.066*** (0.483)	12.103*** (1.682)
Életkor, év	0.019*** (0.004)	0.020*** (0.004)	0.004 (0.003)	-0.001 (0.004)
Nem (ref.: férfi)				
nő	0.691*** (0.132)	0.678*** (0.133)	0.742*** (0.119)	0.112 (0.170)

Megjegyzés: ***p<0,001 **p<0,01 *p<0,05, zárójelben a standard hibák.

7. táblázat: A mért és az önbevalláson alapuló BMI-különbségek regressziós modelljei, együtt (folytatás)

Változók	1. modell	2. modell	3. modell	4. modell
Iskolai végzettség (ref.: legfeljebb szakmunkás)				
érettségizett, diplomás		-0.084 (0.137)	0.031 (0.122)	0.166 (0.124)
Családi állapot (ref.: házas)				
nem házas		0.258 (0.138)	0.342** (0.124)	0.348** (0.123)
Mért BMI, kg/m ²			0.160*** (0.011)	
Mért magasság, cm				-0.095*** (0.008)
Mért testsúly, kg				0.053*** (0.004)
<i>N</i>	844	843	843	843
Adj. <i>R</i> ²	0.059	0.061	0.249	0.261
F-statisztika	27.59***	14.73***	56.77***	50.47***

Megjegyzés: *** $p < 0,001$ ** $p < 0,01$ * $p < 0,05$, zárójelben a standard hibák.

A logisztikus regressziós modellek eredményei

A torzítás jelentőségének az értékeléséhez a mért és az önbevallott értékek alapján megállapított BMI csoportok hatását vizsgáltuk a cukorbetegség (*diabetes mellitus*) bekövetkezésére. Az alapmodellek csak a BMI-csoportokat tartalmazták, a referenciacsoportot a normál testsúlyúak alkották (8. táblázat). Az alapmodellek szerint már a túlsúly is szignifikánsan növelte a cukorbetegség kialakulását. Az önbevalláson alapuló modellnek a túlsúlyos csoporthoz tartozó paramétere több mint 30%-kal alacsonyabb volt a mért érték alapján számított modell paraméteréhez képest (0,83 vs. 1,11), míg az elhízott kategória regressziós együtthatói gyakorlatilag megegyeztek (1,56 vs. 1,62). A konfidenciaintervallumok alapján megállapíthatjuk, hogy a kétféle kategorizálásból származó diabéteszre vonatkozó becslések egyik esetben sem különböztek egymástól statisztikailag.

A bővített modell (9. táblázat) szociodemográfiai (nem, életkor, családi állapot) és szocioökonómiai (iskolázottság) változói közül csak az életkor bizonyult szignifikánsnak, a BMI-kategóriák közül pedig már csak az elhízás növelte a diabétesz esélyét. A kétféle módon meghatározott BMI-t tartalmazó modellek közül az önbevallásuk szerint elhízottak ($BMI \geq 30$) paramétere alacsonyabb volt, mint a klinikai mérésből származó érték paramétere, de a különbség az alapmodellhez hasonlóan nem volt szignifikáns. A modelleket az alultáplált és az normál BMI-kategóriájú csoportok összevonása mellett a diabétesz esetszámok alacsony gyakorisága miatt (64 fő, 7,6%) az átsúlyozott mintán is elvégeztük. Ekkor a nem diabéteszes megfigyelésekhez hozzárendeltünk egy olyan súlyt, amely a két csoport elemszámát egyenlővé tette. A kapott eredmények a korábbiakkal megegyeztek. A regressziós eredmények egyértelműen azt mutatták, hogy a diabétesz becslését a kategorizálás jellege nem befolyásolta.

8. táblázat: Az önbevallott és a mért adatokon alapuló testtömegindex-kategóriák összefüggése a cukorbetegséggel; a logisztikus regressziók eredményei

Változók	1. modell (önbevallásos BMI)			2. modell (mért BMI)		
	együttható	95%-os KI		együttható	95%-os KI	
BMI-kategória (ref.: normál)						
alultáplált	-14,273	-295,514	-2,763	-14,021	-314,661	-4,335
túlsúlyos	0,834*	0,135	1,581	1,114**	0,325	2,002
elhízott	1,560***	0,885	2,294	1,624***	0,883	2,484
Konstans	-3,293***	-3,926	-2,763	-3,545***	-4,335	-2,911
N	844			844		
AIC	435,84			437,1		
Nagelkerke R^2	0,071			0,068		

Megjegyzés: * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

9. táblázat: Az önbevallott és a mért adatokon alapuló testtömegindex-kategóriák és egyéb kontrollváltozók összefüggései a cukorbetegséggel; a logisztikus regressziók eredményei

Változók	3. modell (önbevallásos BMI)			4. modell (mért BMI)		
	együttható	95%-os KI		együttható	95%-os KI	
BMI-kategória (ref.: normál)						
alultáplált	-13,634	-286,714	17,085	-13,225	-311,688	20,355
túlsúlyos	0,514	-0,208	1,281	0,755 [†]	-0,058	1,660
elhízott	1,177**	0,476	1,931	1,235**	0,470	2,112
Nem (ref.: férfi)						
nő	-0,479 [†]	-1,035	0,067	-0,533 [†]	-1,089	0,014
Életkor (év)	0,040***	0,023	0,058	0,039***	0,021	0,057
Iskolai végzettség (ref.: legfeljebb szakmunkás)						
érettségizett, diplomás	-0,151	-0,693	0,394	-0,190	-0,730	0,353
Családi állapot (ref.: házas)						
nem házas	0,119	-0,457	0,681	0,089	-0,485	0,648
Konstans	-4,459***	-6,335	-2,651	-4,403***	-6,273	-2,608
N	843			843		
AIC	419,44			420,78		
Nagelkerke R ²	0,071			0,134		

Megjegyzés: [†] $p < 0,1$ * $p < 0,05$ ** $p < 0,01$ *** $p < 0,001$

KONKLÚZIÓ

Magyarországon magas az elhízottak aránya, e probléma súlyos népegészségügyi következményei ismertek, ezért különösen fontos, hogy az elhízás prevalenciájának alakulását illetően megbízható adatokkal rendelkezünk. Az önbevallásból származó testmagasságot és testsúlyt széles körben használják a testtömegindex meghatározására, a túlsúly és az elhízás prevalenciájának a megállapítására. Az önbevallásból származó mutatók nagysága nem tért el a hasonló típusú hazai vizsgálat eredményeitől (Rurik et al., 2015).

Más tanulmányokhoz hasonlóan (Jeffery, 1996; Keith et al., 2011) a mért és az önbevalláson alapuló testtömegindex, valamint a testsúly és a testmagasság között majdnem tökéletes egyezést találtunk a Pearson-féle korrelációs együttható alapján, a megfelelő statisztikai módszerek ugyanakkor jóval óvatosabb következtetések megfogalmazását teszik csak lehetővé. A mért és az önbevalláson alapuló testsúly, testmagasság és testtömegindex előjeles rangpróbái kivétel nélkül szignifikánsnak bizonyultak, alátámasztva a két módszer eltérését. A mért adatok alapján az elhízás prevalenciája közel 10 százalékponttal magasabb volt a válaszadói értékelés által meghatározottnál.

A szakirodalomban olvasható domináns állítások szerint a válaszadók hajlamosak a testmagasságukat felül-, míg a testsúlyukat alulbecsülni, ennek következtében a testtömegindex tényleges értéke magasabb lesz az önbevallásból származó értéknél, az elhízás prevalenciája pedig alulbecsült (Anai et al., 2015; Danubio et al., 2008; Domingues et al., 2011; Krul et al., 2010). Eredményeink ezzel a megfigyeléssel konzisztensek voltak.

A szakirodalmi tapasztalatokkal ugyancsak megegyező eredményre jutottunk, amennyiben a torzítás a mért skála szélein jelentkezett (Stommel and Schoenborn, 2009; Jeffery, 1996), az értékek a BMI-skála alsó végén felül, a skála felső végén pedig alulbecsültek voltak, azaz a mért értékek szerint a sovány kategóriába tartozók magasabb, az elhízott kategóriába tartozók pedig alacsonyabb testtömeggel jellemezték magukat a tényleges értéknél.

Az OTÁP-kutatásban a mért és a bevallott értékekből számított testtömegindex átlagos különbsége $1,26 \text{ kg/m}^2$ volt. Ugyanez a különbség egy kanadai vizsgálatban $1,1 \text{ kg/m}^2$ (Akhtar-Danesh et al., 2008), az ezredforduló után az Egyesült Államokban végzett vizsgálatban $0,6 \text{ kg/m}^2$ (Stommel and Schoenborn, 2009), egy kismintás lengyel követéses vizsgálatnál $0,6 \text{ kg/m}^2$ (Łopuszanska et al., 2015), egy etnikai csoportok szerint közölt holland vizsgálatban pedig a mért és a bevallott BMI-eltérések nagysága legfeljebb $0,3 \text{ kg/m}^2$ volt (Dijkshoorn et al., 2011). Egy olasz-holland-észak-amerikai összehasonlító

vizsgálat csak az olasz női populációkban mutatott ki 1 kg/m^2 -nél nagyobb értéket, a mért és a bevalláson alapuló értékek különbsége 0,5–0,8 között szóródott (Krul et al., 2010). E kiragadott példák azt jelzik, hogy a magyar különbségek nemzetközi összehasonlításban nem tekinthetők elhanyagolhatónak.

A szociodemográfiai változók a torzítás nagyon csekély hányadát magyarázták. A nemzetközi szakirodalmi tapasztalatok szerint az életkorral növekszik a BMI alulbecslése, mivel az idősebbek hajlamosak testsúlyukat alul, testmagasságukat felülbecsülni (Kuczmarski et al., 2001). Lineáris regressziós modelljeinkben a nőkre és a teljes mintasokaságra vonatkozó takarékos modellekben (6–7. táblázat, 1–2. modell) volt szignifikáns az életkor változó hatása. Valószínű, hogy a testsúly- és testmagasságadatok megjelölése az életkor előrehaladtával egyre pontatlanabbá válik, a hiba az értékek felidézésével lehet kapcsolatos. A testmagasságra vonatkozó pontatlanságot magyarázhatja az életkori testmagasságcsökkenés, amely már a negyven-ötvenéveseknél elkezdődik, és évtizedenként az 1–2 cm-t is elérheti (Chmielewski et al., 2015), de a 80 éves férfiaknál összességében átlagosan 5, nőknél pedig 8 cm is lehet a csökkenés (Sorkin et al., 1999). Ugyanakkor nem biztos, hogy ez minden esetben tudatosul, ezért önbevallásnál a valamikor fiatalabb életkorban mért testmagasságot mondják a kérdezőknek. Tapasztalataink arra engednek következtetni, hogy az életkor előrehaladtával a testmagasság-csökkenés biológiai meghatározottságával számolni kell. A bővített modellekben ugyanakkor az életkorváltozó is elvesztette magyarázóerejét.

Más kutatások eredményei azt mutatják, hogy a testtömegindex értéke a nőknél jobban alulbecsült, mint a férfiaknál (John et al., 2006; Stommel and Schoenborn, 2009). Eredményeink többnyire alátámasztották a szakirodalomban gyakran olvasható összefüggést, egyedül a testmagasság és a testsúly mért értékeivel bővített modellekben tűnt el a nem szignifikáns hatása. Az eredmények azt jelzik, hogy a nőkre jellemző nagyobb torzítás összefügghet azzal, hogy a karcsú testalkattal kapcsolatos elvárás erősebb lehet körükben.

A tényleges testtömegindex fontos magyarázó változója az önbevallás okozta torzításnak (Villanueva, 2001), amit az erősen szignifikáns paraméterek mellett az illeszkedés megfelelőségét mutató R^2 értékek is egyértelműen visszaigazoltak. A BMI komponensei közül a várakozásnak megfelelően és a nemzetközi szakirodalom tapasztalataival egybecsengően azt találtuk, hogy az aktuális testmagasság és testtömeg befolyásolja, hogy a válaszadók hogyan nyilatkoznak magasságukról és súlyukról, mennyire pontosak az önbevallásból származó BMI-értékek.

Számos kutatás konklúziójától eltérően (Łopuszanska et al., 2015; Boström and Diderichsen, 1997) nem találtunk számottevő összefüggést a torzítás és a szocioökonómiai státusz között. Az iskolázottság modelljeink egyikében sem befolyásolta a mérések különbségeit.

Az önbevallásból származó BMI-értékek átlagos torzítottsága más hasonló jellegű vizsgálatoknál kissé magasabb volt, ugyanakkor nem találtunk különbséget a mért és a bevallott értékek alapján konstruált BMI-kategóriáknak a diabéteszre gyakorolt hatásában.

Elemzésünk limitációjaként meg kell említenünk, hogy a testtömeg értékét a dohányzástörténet és az egészségmagatartás más összetevői, továbbá a metabolizmust módosító krónikus betegségek is befolyásolhatják (Łopuszanska et al., 2015; Villanueva, 2001), de ezeket az összetevőket az elemzés során nem tudtuk figyelembe venni.

Bár az elhízás betegségterhei jelentősek Magyarországon, keveset tudunk az elhízással kapcsolatos hazai adatok és az önbevallásból származó testtömegindex pontosságáról. Tanulmányunk eredményei azt mutatják, hogy az önbevallásból származó testsúly, testmagasság és testtömegindex értékek szignifikánsan eltérnek a mért értékektől. Az önbevalláson alapuló adatok torzítottak. A testmagasságot általában felfelé, a testsúlyt lefelé, a testtömegindexet ennek megfelelően ugyancsak lefelé „korigálják” a válaszadók, elsősorban testmagasságuk és testtömegük, illetve feltételezhetően az azzal való elégedettségük függvényében. Eredményeink azt mutatták, hogy a torzítás mértéke nem olyan mértékű, hogy a hibás önosztályozás befolyásolná a diabéteszre vonatkozó becslést.

IRODALOM

- Akhtar-Danesh, N., Dehghan, M., Merchant, A. T. and Rainey, J. A. (2008). Validity of self-reported height and weight for measuring prevalence of obesity. *Open Medicine*, 2(3), 14–19.
- Altman, D. G. (1991). *Practical statistics for medical research*. London: Chapman and Hall.
- Anai, A., Ueda, K., Harada, K., Katoh, T., Fukumoto, K. and Wei, C-N. (2015). Determinant factors of the difference between self-reported weight and measured weight among Japanese. *Environmental Health and Preventive Medicine*, 20(6), 447–454.
- Bland, M. J. and Altman, D. G. (1986). Statistical Methods for assessing agreement between two methods of clinical measurement. *Lancet*, 1(8476), 307–310.
- Boström, G. and Diderichsen, F. (1997). Socioeconomic differentials in misclassification of height, weight and body mass index based on questionnaire data. *International Journal of Epidemiology*, 26(4), 860–866.
- Buckingham, A. (2008). Doing better, feeling scared: health statistics and the culture of fear. In D. Wainwright (Ed.), *A sociology of health* (pp. 19–37). London: Sage.
- Callegaro, M. (2008). Social desirability. In P. J. Lavrakas (Ed.), *Encyclopedia of survey research methods* (pp. 826–827). London: Sage.
- Chmielewski, P., Boryśłowski, K., Chmielewicz, K. and Chmielewicz, J. (2015). Height loss with advancing age in a hospitalized population of Polish men and women: Magnitude, pattern and associations with mortality. *Anthropological Review*, 78(2), 157–168.
- Connor Gorber, S., Tremblay, M. S., Moher D. and Gorber, B. (2007). A comparison of direct vs. self-report measures for assessing height, weight and body mass index: a systematic review. *Obesity Reviews*, 8(4), 307–326.
- Danubio, M. E., Miranda, G., Vinciguerra, M. G., Vecchi, E. and Rufo, F. (2008). Comparison of self-reported and measured height and weight: Implications for obesity research among young adults. *Economics and Human Biology*, 6(1), 181–190.
- Dijkshoorn, H., Ujcic-Voortman, J. K., Viet, L., Verhoeff, A. P. and Uitenbroek, D. G. (2011). Ethnic variation in validity of the estimated obesity prevalence using self-reported weight and height measurements. *BMC Public Health*, 11(1), 11:408. <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/11/408>.
- Domingues, A. P., Silva, A. M., Gaspar de Matos, M. and Calmeiro, L. (2011). Accuracy of self-reported measures of height and weight in children and adolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 4, 41–51.
- Erdei G., Kovács V. A., Bakacs M. és Martos É. (2017). Országos Táplálkozás és Tápláltsági Állapot Vizsgálat – OTÁP 2014 I. A magyar lakosság tápláltsági állapota. *Orvosi Hetilap*, 158(14), 533–540.
- Fontaine, K. R. and Barofsky, I. (2001). Obesity and health-related quality of life. *Obesity Research*, 2(3), 173–182.
- Flegal, K. M., Kit, B. K., Orpana, H. and Graubard, B. I. (2013). Association of all-cause mortality with overweight and obesity using standard body mass index categories: A systematic review and meta-analysis. *Jama*, 309(1), 71–82.
- Fontaine, K. R. Redden, D. T., Wang, C., Westfall, A. O. and Allison, D. B. (2003). Years of life lost due to obesity. *JAMA*, 289(2), 187–193.

- Gillum, R. F. and Sempos, Ch. T. (2005). Ethnic variation in validity of classification of overweight and obesity using self-reported weight and height in American women and men: The third National Health and Nutrition Examination Survey. *BMC Nutrition Journal*, 4(27).
- The Global BMI Mortality Collaboration (2016). Body-mass index and all cause mortality: individual-participant-data meta-analysis of 239 prospective studies in four continents. *The Lancet*, 388(10046), 776–786.
- Jeffery, R. W. (1996). Bias in reported body weight as a function of education, occupation, health and weight concern. *Addictive Behaviors*, 21(2), 217–222.
- John, U, Hanke, M., Grothues, J. and Thyrian, J. R. (2006). Validity of overweight and obesity in a nation based on self-report versus measurement device data. *European Journal of Clinical Nutrition*, 60(3), 372–377.
- Keith, S. W., Fontaine, K. R., Pajewski, N. M., Mehta, T. and Allison, D. B. (2011). Use of self-reported height and weight biases the body mass index–mortality association. *International Journal of Obesity*, 35(3), 401–408.
- Kovács V. A. és Erdei G. (2019). Gyermekkori elhízás előfordulása Magyarországon (COSI). *Magyar Tudomány*, 180(5), 739–748.
- Krul, A. J., Daanen, H. A. M. and Choi, H. (2010). Self-reported and measured weight, height and body mass index (BMI) in Italy, the Netherlands and North America. *European Journal of Public Health*, 21(4), 414–419.
- Kuczmarski, M. F., Kuczmarski, R. J. and Najjar, M. (2001). Effects of age on validity of self-reported height, weight, and body mass index: Findings from the Third National Health and Nutrition Examination Survey, 1988–1994. *Journal of American Dietetic Association*, 101(1), 28–34.
- Larsen, J. K., Ouwens, M., Engels, R. C., Eisinga, R. and Van Strien, T. (2008). Validity of self-reported weight and height and predictors of weight bias in female college students. *Appetite*, 50(2–3), 386–389.
- López-Suárez, A. (2019). Burden of cancer attributable to obesity, type 2 diabetes and associated risk factors. *Metabolism*, 92, 136–146.
- Łopuszanska, M., Lipowicz, A., Kołodziej, H., Szklarska, A. and Bielicki, T. (2015). Self-reported versus measured body height and weight in Polish adult men: The risk of underestimating obesity rates. *Anthropologischer Anzeiger*, 72(3), 263–277.
- Manson, J. E., Bassuk, S. S., Hu, F. B., Stampfer, M. J., Colditz, G. A. and Willett, W. C. (2007). Estimating the number of deaths due to obesity: Can the divergent findings be reconciled? *Journal of Women's Health*, 16(2), 168–176.
- Mehta, N. K. and Chang, V. W. (2009). Mortality attributable to obesity among middle-aged adults in the United States. *Demography*, 46(4), 851–872.
- Moreira, N. F., Gronau Luz, V., Moreira, C. C., Pereira, R. A., Sichieri, R., Ferreira, M. G., Muraro, A. P. and Rodrigues, P. R. M. (2018). Self-reported weight and height are valid measures to determine weight status: Results from the Brazilian National Health Survey (PNS 2013). *Cad. Saúde Pública (online)*, 34(5), e00063917.
- Nawaz, H., Chan, W., Abdulrahman, M., Larson, D. and Katz, D. L. (2001). Self-reported weight and height: Implications for obesity research. *American Journal of Preventive Medicine*, 20(4), 294–298.

- NCD Risk Factor Collaboration (2017). Worldwide trends in body-mass index, underweight, overweight, and obesity from 1975 to 2016: A pooled analysis of 2416 population-based measurement studies in 128.9 million children, adolescents, and adults. *The Lancet*, 390(10113), 2627–2642.
- Nicolau, C. K., Hankey, C. R. and Lean, M. E. J. (2017). Accuracy of online self-reported weights and heights by young adults. *European Journal of Public Health*, 27(5), 898–903.
- Nuttall, F. Q. (2015). Body mass index: obesity, bmi, and health. A critical review. *Nutrition Today*, 50(3), 117–128.
- Olshansky, J. S., Passaro, D. J., Hershow, R. C., Layden, J., Carnes, B. A., Brody, J., Hayflick, L., Butler, R. N., Allison, D. B. and Ludwig, D. S. (2005). A potential decline in life expectancy in the United States in the 21st century. *The New England Journal of Medicine*, 352(11), 1138–1145.
- Preston, S. H. and Stokes, A. (2011). Contribution of obesity to international differences in life expectancy. *American Journal of Public Health*, 101(11), 2137–2143.
- Preston, S. H., Vierboom, Y. C. and Stokes, A. (2018). The role of obesity in exceptionally slow US mortality improvement. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 115(5), 957–961, www.pnas.org/cgi/doi/10.1073/pnas.1716802115.
- Rurik I., Ungvári T., Szidor J., Torzsa P., Móczár Cs., Jancsó Z. és Sándor J. (2015). Elhízó Magyarország. A túlsúly és az elhízás trendje és prevalenciája Magyarországon. *Orvosi Hetilap*, 157(31), 1248–1255.
- Sorkin, J. D., Muller, D. C. and Andres, R. (1999). Longitudinal change in height of men and women: implications for interpretation of the body mass index: The Baltimore Longitudinal Study of Aging. *American Journal of Epidemiology*, 150(9), 969–977.
- Spencer, E. A., Appleby, P. N., Davey, G. K. and Key, T. J. (2002). Validity of self-reported height and weight in 4808 EPIC – Oxford participants. *Public Health Nutrition*, 5(4), 561–565.
- Stommel, M. and Schoenborn, C. A. (2009). Accuracy and usefulness of BMI measures based on selfreported weight and height: Findings from the NHANES & NHIS 2001–2006. *BMC Public Health*, 9(421).
- Susánszky, A. and Döbrössy, B. (2019). The association between body mass index and gender role stress among young Hungarian males. *European Journal of Mental Health*, 14(1), 190–202.
- Swinburn, B. A., Sacks, G., Hall, K. D., McPherson, K., Finegood, D. T., Moodie, M. L. and Gortmaker, S. L. (2011). The global obesity pandemic: Shaped by global drivers and local environments. *Lancet*, 378(9793), 804–814.
- Taylor, A. W., Dal Grande, E., Gill, T. K., Chittleborough, C. R., Wilson, D. H., Adams, R. J., Grant, J. F., Phillips, P., Appleton, S. and Ruffin, R. E. (2006). How valid are self-reported height and weight? A comparison between CATI self-report and clinic measurements using a large cohort study. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 30(3), 238–246.
- Vandevijvere, S., Chow, C. C., Hall, K. D., Umali, E. and Swinburn, B. A. (2015). Increased food energy supply as a major driver of the obesity epidemic: a global analysis. *Bulletin of the World Health Organization*, 93(7): 446–456.

- Villanueva, E. V. (2001). The validity of self-reported weight in US adults: A population based cross-sectional study. *BMC Public Health*, 1(11).
- Whitlock, G., Lewington, S., Sherliker, P., Clarke, R., Emberson, J., Halsey, J., Qizilbash, N., Collins, R. and Peto, R. (2009). Body-mass index and cause-specific mortality in 900 000 adults: Collaborative analyses of 57 prospective studies. *Lancet*, 373(9669), 1083–1096.
- Williams, E. P., Mesidor, M., Winters, K., Dubbert, P. M. and Wyatt, S. B. (2015). Overweight and Obesity: Prevalence, Consequences, and Causes of a Growing Public Health Problem. *Current Obesity Reports*, 4(3), 363–370.
- World Cancer Research Fund (2018). Body fatness and weight gain and the risk of cancer. In *Diet, Nutrition, Physical Activity and Cancer: a Global Perspective. The Third Expert Report*, https://www.wcrf.org/sites/default/files/Body-fatness-and-weight-gain_0.pdf.
- World Health Organization (2000). Obesity: preventing and managing the global epidemic: Report of a WHO consultation. *WHO Technical Series*, 894.
- World Health Organisation (2002). *The World Health Report – Reducing Risks, Promoting Healthy Life*. <http://www.who.int/whr/2002/en>.
- WHO Global Health Observatory data repository. <http://apps.who.int/gho/data/view.main.GLOBAL2461A?lang=en>.
- Wright, S. M. and Aronne, L. J. (2012). Causes of obesity. *Abdominal Imaging*, 37(5), 730–732.
- Yoong, S. L., Carey, M. L., D’Este, C. and Sanson-Fisher, R. W. (2013). Agreement between self-reported and measured weight and height collected in general practice patients: a prospective study. *BMC Medical Research Methodology*, 13(38).
- Zobel, E. H., Hansen, T. W., Rossing, P. and von Scholten, B. J. (2016). Global changes in food supply and the obesity epidemic. *Current Obesity Reports*, 5(4), 449–455.

ABSTRACT**EXPERIENCES WITH USING BODY MASS INDEX BASED ON SELF-REPORTED DATA: ANALYSIS OF OTÁP SURVEY (HUNGARIAN DIET AND NUTRITIONAL STATUS SURVEY)**

Self-reported body weight and height, due to its cost-effectiveness and the convenience of data collection, are often used to determine body mass index as the most important indicator of obesity. The study aims to examine the validity body mass index based on self-reported data of the 2014 Hungarian Diet and Nutritional Status Survey (OTÁP) for the Hungarian adult population. Despite the fact that the measured and self-reported body mass index is highly correlated with each other, the matched-pairs signed rank test indicated a significant difference between the two methods of measurement. We have identified different components of the bias of self-reported data. People with low body weight have a tendency to overestimate their BMI value, and obese people to underestimate it. From the traditional socio-demographic variables only marital status and gender played a significant role in the difference of the measured and the declared values, and in the case of males, not even the marital status was significant. Measured and self-reported obesity groups resulted not significant risk of diabetes.

SZERZŐINKNEK

(1) GYORS VAGY HAGYOMÁNYOS BÍRÁLATI ELJÁRÁS?

A Demográfia folyóiratban 2019 óta két bírálati eljárásrend működik. A lenti táblázat ezek különbségeit mutatja be, hogy a szerzőt segítse a számára ideális bírálati rend kiválasztásában.

Hagyományos bírálati rend	Gyors bírálati rend
<ul style="list-style-type: none">▼ a cikkek átfutási ideje a megjelentetésig átlagosan 6 hónap▲ a szerzői jogok a szerzőnél maradnak (kötetben, más nyelven publikálásnál, átdolgozáshoz, stb. nem kell engedélyt kérni)▲ a formai kritériumoknak (pl. hivatkozási formátum) megfelelőre ráér átalakítani a kéziratot ez elfogadó döntést követően▲ hagyományos, lassú, de részletes és támogató lektorálási folyamat, esetleges átdolgozási igény esetén, részletes támogató jellegű szaklektori megjegyzésekkel▲ angol / német nyelvű kézirat is leadható, ekkor a bírálati folyamatot az adott nyelven folytatjuk le, és az esetleges pozitív döntést követően a kéziratot magyarra fordítatjuk▲ a szerzőt 5 (társszerzők esetén társszerzőnként 3-3) nyomtatott tiszteletpéldány illeti meg	<ul style="list-style-type: none">▲ ha a szerző együttműködik és gyorsan reagál a cikk a leadást követően két hónapon belül (online formában) publikálásra kerül▼ a szerző felhasználói szerződésben lemond a szerzői jogokról, de tiszteletdíjat kap (100 ezer forint / cikk)▼ csak a formai előírásoknak mindenben szigorúan megfelelő kézirat esetén választható▼ a lektorálási kör során csak elfogadás, minor revízió (kis átdolgozás), vagy elutasító döntés hozható, tehát az elutasítás esélye jóval nagyobb▼ idegen nyelvi nyelvhelyességi ellenőrzés (pl. az absztrakt esetén) a szerző felelőssége▼ a szerző nem kap ingyenes print (nyomtatott) tiszteletpéldányokat. (De természetesen vehet.)

(2) FORMAI ELLENŐRZŐ LISTA

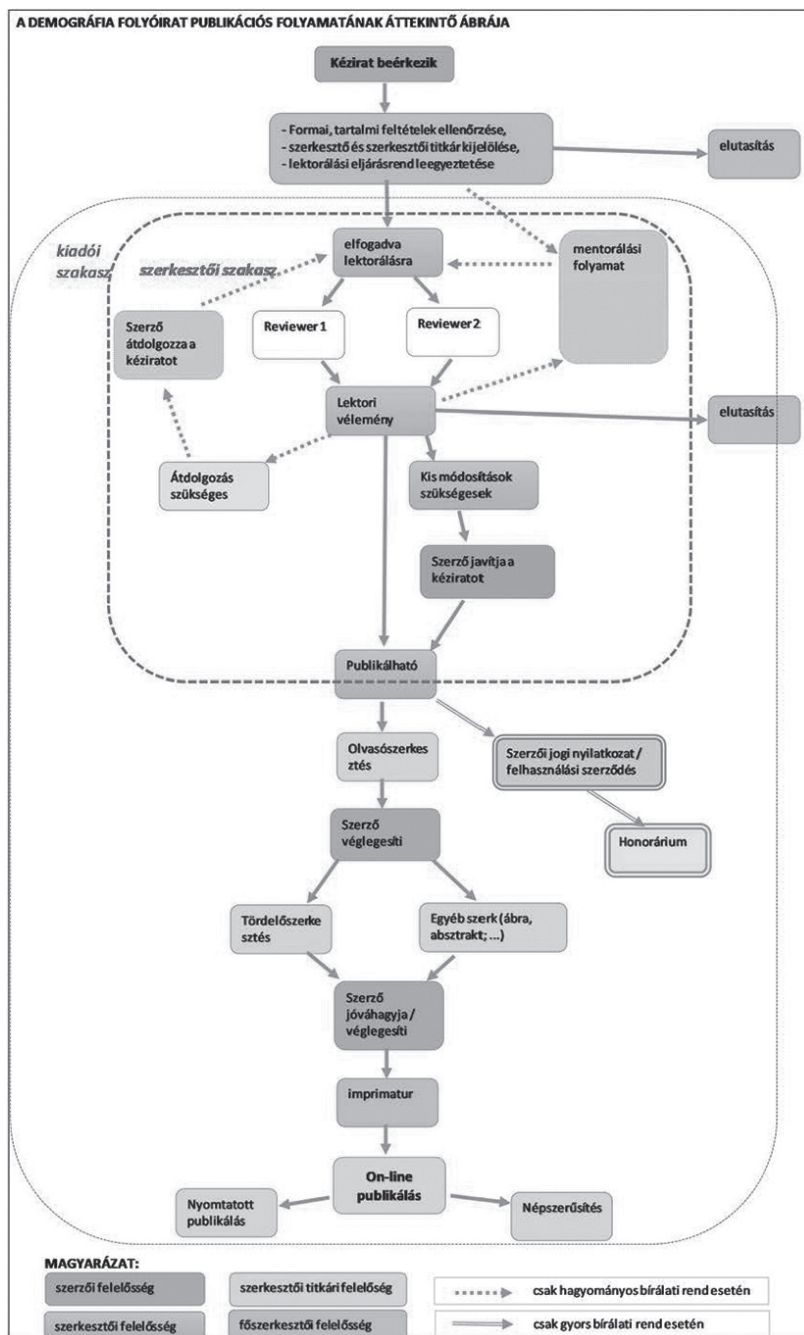
Ahhoz, hogy a kéziratot a gyors bírálati eljárás keretében be tudjuk fogadni a következő formai elvárásoknak egyértelműen meg kell felelnie:

- ✓ .docx formátumban benyújtott magyar nyelvű kézirat,
- ✓ Terjedelem: minimum 30 ezer, maximum 80 ezer karakter hosszú (szóközökkel, absztrakttal, irodalomjegyzékkel, stb. együtt)
- ✓ Kézirathoz mellékelt angol nyelvű absztrakt, amelynek terjedelme minimum 700, maximum 1500 karakter (szóközökkel)
- ✓ ábrák, táblák külön excell filében is mellékelve, munkalaponként egy ábra/tábla, a szükséges háttér-adatokkal
- ✓ Az Demográfia folyóirat (APA hivatkozási stílusra alapozó) hivatkozási stílusának pontos használata (leírása letölthető a folyóirat honlapjáról), vagy szoftveres hivatkozáskézelő (EndNote, Zotero stb.) használata esetén APA (hatodik kiadás) hivatkozási stílus pontos használata.

(3) FELELŐS SZERKESZTŐ ÉS SZERKESZTŐSÉGI TITKÁR

A Demográfiai folyóiratnál minden kéziratot anonimizálunk, és két független szaklektorral bíraltatunk el. Azonban amellet folyóiratnál minden befogadott kéziratnak van egy felelős szerkesztője és a egy szerkesztőségi titkára. Ők – a bírálókkal szemben nem 'névtelenek' s szerző számára. A feladatuk a kézirat végigkísérése a publikációs folyamaton. (Id. az ábrát a következő oldalon.) A szerző velük egyeztethet, hozzájuk bármikor fordulhat gondjaival, ötleteivel.

(4) A PUBLIKÁCIÓS FOLYAMAT ÁTTEKINTŐ ÁBRÁJA



(5) NEM KÖTELEZŐ FORMAI ELVÁRÁS, DE AZ OLVASÓ-SZERKESZTŐ MUNKÁJÁT MEGKÖNNYÍTI, HA SZERZŐKÉNT ÜGYEL A KÖVETKEZŐKRE:

- ✓ A tanulmány címe ne legyen túl hosszú, a főcím és alcím között legyen kettőspont
- ✓ A támogatók, a köszönetnyilvánítás, a tanulmány korábbi megjelenése stb. a tanulmány címének végére tett számozott lábjegyzetbe kerül (ez lesz az 1-es lábjegyzet)
- ✓ Szakaszokra tagolásakor legfeljebb 3 szintet használjunk, a szakaszokat nem számozzuk
- ✓ A szövegben használt rövidítéseket, mozaikszavakat az első előforduláskor zárójelben fel kell oldani.
- ✓ A folyó szövegben a minimálisra csökkentjük a kurzivált kiemeléseket (pl. szakkifejezések első használata). Boldot kiemelési céllal nem használunk.
- ✓ Internetes linkek és email címek ne legyenek aláhúzva és kék betűvel (de maga a hivatkozás maradhat).
- ✓ Szövegben a táblázat, ábra stb. számára történő utalás dőlt betűs: (1. táblázat), az irodalmi hivatkozás nem.
- ✓ A mondat végére tett zárójeles hivatkozás megelőzi a mondatvégi pontot.
- ✓ A táblázatok, ábrák, térképek stb. alatt mindig szerepel a Forrás(ok) megjelölése, és kerülhet oda Megjegyzés(ek) is. Más információ csak kivételes esetben szerepel az ábrák, táblázatok alatt.
- ✓ A táblázatok, ábrák, térképek stb. forrásmegjelölése is bibliográfiai hivatkozásnak számít, tehát nem kell minden adatot kiírni, csak hivatkozni rá, és az irodalmak vagy a források között feloldani.
- ✓ A táblázatok férjenek ki egy, legfeljebb két nyomtatott oldalra, és lehetőleg kerüljük a fektetett táblákat.
- ✓ Több oldalas táblázat esetén nem kell minden oldal aláírni a forrásmegjelölést és a megjegyzéseket, elég csak a táblázat végére.
- ✓ A százalékos értékek esetén nem írjuk ki, hogy „százalék”, vagyis „5,6 százalék” helyett „5,6%” szerepel, és a % tapad a számhoz.
- ✓ A számokban az ezresek elválasztása szóközzel, tizedespont helyett -vessző.
- ✓ Évszámoknál mindig kiírjuk mind a 4 számjegyet: 1980–89 helyett 1980–1989, 2000–4 helyett 2000–2004, 60-as évek helyett 1960-as évek.
- ✓ Számok, évszámok, oldalszámok stb. közé kötőjelet rakunk (–), nem pedig elválasztójelet (-).

MEGRENDELŐLAP – DEMOGRÁFIA FOLYÓIRAT

Alulírott megrendelem a **Demográfia** című folyóirat (kiadó: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet 1024 Budapest, Buday László utca 1–3) jelen megrendelés leadását követően megjelenő évfolyamának (3 db magyar, 1 db angol kötet) számait példányban.

Kiadó: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet
(1024 Budapest, Buday László utca 1–3.)
ISSN szám: 0011–8249

A folyóirat éves előfizetési díja **4000 Ft**. Az előfizetés megrendelhető a KSH Népeségtudományi Kutatóintézettől az alábbi megrendelőlap kitöltésével, postai vagy elektronikus úton (szkennelve) történő visszaküldésével.

Postacím: 1525 Budapest Pf. 51.
E-mail cím: nki@demografia.hu

A megrendelő adatai:

Név:

Szállítási/levelezési cím:

Számlázási név (ha eltér):

Számlázási cím (ha eltér):

Adószám (nem magánszemély megrendelők esetén):

Telefonszám:

E-mail cím:

Egyéb megjegyzés, kérés:

A megrendelőlap alapján kiállított számlát intézetünk postai úton juttatja el a megrendelőhöz.

A megrendelés összegét a számlán feltüntetett bankszámlaszámra kérjük majd átutalni, a megjegyzés rovatban feltüntetve: „Demográfia éves előfizetés”

Dátum:

Aláírás:

(Figyelem ! A nyomtatott változat előfizetői korábbi számainkat kedvezményesen rendelhetik meg. További terjesztési ügyekkel kapcsolatos kérdéseivel, gondjaival, ötleteivel nyugodtan keresse Törő Ágnes szerkesztőségi titkárt (toro@demografia.hu).)

DEMOGRÁFIA

Megjelenik negyedévente
Szerkesztőség: KSH Népeségtudományi Kutatóintézet,
1024 Budapest, Buday László u. 1-3.
Telefon: (+36-1)-345-6573
E-mail: szerkesztoseg@demografia.hu

Kiadásért felel a KSH Népeségtudományi Kutatóintézet igazgatója.

Előfizethető a Szerkesztőségben.
Előfizetési díj: egész évre 4000,- Ft

Editorial Office: H-1024 Budapest, Buday László u. 1-3.